



Коркина М.В.

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Введение

Влияние факторов, определяющих тот или иной возрастной период, на клинику очень многих заболеваний (в том числе и психических) известно давно. Однако лишь в последние годы в связи с достижениями не только клинической медицины, но и таких дисциплин, как биология, психология, микросоциология и др., ранее лишь эмпирически отмечаемые факты получили более конкретное объяснение, приобрели более адекватное толкование.

Естественно, что какой-то определенный период жизни человека накладывает отпечаток на весь характер болезни в целом. Тщательное изучение возрастных влияний на формирование начальных проявлений и дальнейшую динамику болезни составляет важнейшую задачу медицины вообще и психиатрии в частности.

Вместе с тем в настоящее время актуальное значение имеет и изучение влияний возрастного фактора в более локальном (но не менее важном) смысле — определении его роли в развитии того или иного клинического симптомокомплекса, в механизмах так называемого синдромогенеза. Известно, в частности, что для пресенильного периода весьма характерны такие патологические расстройства, как синдром Котара или

бред ущерба, а бредовые идеи ревности или любовный (эротический) бред возникают предпочтительно у лиц среднего возраста.

В ряду патологических явлений, характерных преимущественно для подросткового и юношеского периодов жизни, в числе первых надо, вероятно, назвать болезненные переживания, касающиеся своей внешности, ибо данная патология наиболее тесно, интимно связана с особенностями именно этого возраста.

Очень большое внимание к своим внешним данным, так же как и к мнению о них окружающих,— одно из важнейших свойств подросткового и юношеского периодов.

Влияние возрастных моментов (мощная перестройка эндокринно-вегетативной системы, появление новых, ранее не испытанных соматических ощущений, характерные для данного возрастного отрезка особенности интеллектуального развития, выражающиеся в формировании понятийного мышления, изменении способа переработки информации, обуславливающие переход на иной уровень самосознания) делает указанный возрастной период чрезвычайно сложным и ответственным.

Кроме того, именно в этот период (после 12—13 лет) происходит, по данным многих авторов, переход от сознания индивидуального к сознанию общественному, что помогает по-новому, на более высоком уровне воспринимать и перерабатывать получаемую информацию, касающуюся, в частности, определения своего места в обществе, самооценки, трактовки своих внешних данных и пр.

Основоположник эволюционной теории Чарльз Дарвин впервые наглядно показал, что внимание к своей наружности и главным образом к лицу, имеющее наиболее важное значение в молодом возрасте, является фактом, эволюционно обусловленным, тесно связанным с особенностями филогенетического развития.

В своем труде «О выражении ощущений у человека и животных» при объяснении природы таких явлений, как стыд, застенчивость, скромность и покраснение, Чарльз Дарвин писал; «... люди в течение бесчисленных поколений обращали частое и серьезное внимание на свою наружность и в особенности на лицо», подчеркивая в то же время, что эти особенности значительно сильнее выражены у молодых. Кроме того, Ч. Дарвин. указывал и

на чрезвычайное значение в оценке собственной внешности мнения о ней других людей: «... мысль о том, что думают о нас другие, вызывает краску на нашем лице».

П. Б. Ганнушкин, отмечая, что «жизнь есть постоянное развитие» и что «преобразование личности происходит большей частью не только путем равномерной эволюции, но и как следствие ряда сдвигов, прерывающих от времени до времени спокойное и медленное ее развитие», указывал, что эти сдвиги прежде всего соответствуют тем возрастным периодам, которые характеризуются значительными изменениями функций эндокринных желез, — так называемым возрастным кризисам; наиболее важными из них являются период полового созревания и климактерический период. Давая характеристику периода полового созревания, П. Б. Ганнушкин писал: «... сдвиг в моторике делает подростка неуклюжим и создает у него одновременно ощущение растущей силы и чувства острого недовольства собой».

Свойственное подростковому и юношескому возрасту внимание к своей внешности, чувство недовольства собственной наружностью очень ярко описаны Л. Н. Толстым во второй и третьей книгах его автобиографической трилогии («Отрочество» и «Юность»). В частности, свое состояние в пору отрочества Л. Н. Толстой описывает следующим образом: «Я был стыдлив от природы, но стыдливость моя еще увеличивалась убеждением в моей уродливости. А я убежден, что ничто не имеет такого разительного влияния на направление человека, как наружность его, и не только самая наружность, сколько убеждение в привлекательности или непривлекательности ее».

Надо сказать, что недовольство своей внешностью, теми или иными чертами лица или фигуры — явление, довольно частое среди психически здоровых лиц подросткового и юношеского возраста, наблюдающееся иногда эпизодически, иногда более или менее перманентно в течение всего отмеченного периода. Но у здоровых людей эти мысли не занимают доминирующего положения в иерархии ценностей и не определяют все их поведение, весь их жизненный уклад. В других же случаях убежденность в наличии какого-то физического недостатка может носить характер патологии, нередко очень тяжелой. Такие случаи свойственны преимущественно подростковому и юношескому возрасту (возникновение указанной патологии не исключено и в любые другие периоды жизни: препубертатном, молодом,

среднем и позднем возрасте).

Патология в виде болезненных мыслей о каком-то мнимом или действительно имеющемся, но чрезвычайно переоцениваемом физическом недостатке довольно часто, особенно на ранних стадиях заболевания, вызывает большие диагностические затруднения главным образом ввиду внешней схожести ее (подобно, например, уже упоминавшимся бредовым идеям ревности или любовному бреду) с обычными, психологически понятными способами реагирования и поведения.

Патология эта под названием «дисморфофобия» впервые была описана в конце XIX века итальянским психиатром E. Morselli как навязчивая идея о телесной деформации, как «страх быть измененным» (от лат. *dis* — приставка, означающая отделение, отрицание, нарушение; греч. *morphe* — форма и греч. *phobos* страх; в психиатрии — навязчивое состояние страха).

Страдающие фобиями, как известно, относятся к ним обычно (исключая острые приступы) критически, но не могут с ними справиться, ибо это — «интенсивный и непреодолимый страх, охватывающий больного, несмотря на понимание его бессмысленности и попытки с ним справиться». Однако в очень многих исследованиях, посвященных (после работ E. Morselli) болезненной оценке своей внешности, описывалась патология, весьма отличающаяся от фобий в собственном смысле этого понятия. Именно поэтому, вероятно, могли появиться такие несовместимые по своей сути термины, как «бредовая дисморфофобия», «сверхценная дисморфофобия», «дисморфофобический бред», «дисморфофобическая идея бредового характера» и т. д.

От несоответствия термина «дисморфофобия» наблюдаемым клиническим фактам возникли такие определения этого понятия, как «паранойя уродства» [Ротштейн Г. А., 1961], «психоз безобразной внешности» — «*La psychose de laideur*» [Koupernik C., 1962], «бредовые идеи безобразия, асимметричности и деформации тела» [Parazzoli Sel-vini, 1965], «комплекс безобразной внешности» — «*complex de laideur*» [Schlochter M., 1971], «дисморфическая тревога» — «*langoisse de dysmorphie*» [Peruchon M., Destru-haut J., Leger J. M., 1981] и т. д.

Предлагается также [Bishop E. R, 1980] вместо термина «дисморфофобия» применять такое определение, как «бред дисморфоза», а в отношении больных с идеями

испускания неприятных запахов—«бред бромоза» (вместо применяемых иногда в таких случаях терминов «аутодисосмофобия» или «бромидрозифобия»). Характеризуя состояние больных с идеями физического уродства, ряд авторов прибегает и к различным поэтическим сравнениям, таким, например, как «синдром Квазимодо», «синдром Сирано де Бержерака», «синдром Терсита», «синдром Ван-Гога» и т. д. Считая основой дисморфофобии (Mifigestaltfurcht— боязнь безобразия) страх показаться «неприятным» при наличии сверхценной идеи об изменении внешности, Н. Dietrich (1962) пишет: «В художественной литературе подобные фобии часто описываются у горбатых, уродов, карликов, известный пример тому — «Сирано де Бержерак» Э. Ростана».

Весьма разноречива и трактовка механизмов возникновения болезненных мыслей о воображаемом или чрезвычайно переоцениваемом физическом уродстве. Среди западноевропейских и особенно американских психиатров довольно широкое распространение имеют психоаналитические объяснения происхождения этой патологии. Так, проводя феноменологическую интерпретацию данного синдрома, В. Finkelstein (1963) объясняет ее как результат подсознательных конфликтов, вызывающих «развитие панического состояния дисморфофобии, когда отдельные комплексы в условиях напряжения фактических жизненных конфликтов прорывают «барьер защиты» «Эго» в форме подсознательного вопля о виновности и призыва к помощи». Этот же автор говорит о дисморфофобии как о вторичном нарциссизме с сильно выраженным супер-Эго. Пишется об «амбисексуальности либидо» в пубертатном возрасте [Tomkiewicz S., Finder J., 1967, 1971], о том, что дисморфофобия — «область подсознательного» [Corbella T., Rossi L., 1967], что она является «подсознательной установкой на наказание» [Hay G. G., Heather B. B., 1973], о том, что дисморфофобия — одно из проявлений «комплекса кастрации» [Lieberman P., 1974] и т. д.

В статье Franco Basaglia «Тело, взгляд и спокойствие» (1965) идеи физического недостатка трактуются с позиций экзистенциального анализа, предлагаемого в качестве единственного метода изучения. Рекомендуются, в частности, «интуитивное исследование», а «натуралистическое изучение» определяется как «безвыходное».

Отмечается также тенденция объяснять происхождение дисморфофобии с позиций психодинамической теории [Palazzoli, Selvini, 1965, 1967], а также на основе

антропофеноменологической экзистенциальной концепции [No-to-Campanella F., Zuccoli E, 1968; Giannini G. C., Giannini A., 1975].

Однако для большинства работ, посвященных дисморфофобии, характерен клинический метод исследования, хотя при этом даются самые различные трактовки как феноменологической сущности патологической убежденности в наличии физического недостатка, так и ее нозологической принадлежности.

Особое внимание к этой патологии, впервые описанной, как уже отмечалось, почти столетие назад, объясняется как сложностью ранней диагностики, так и феноменологической и нозологической неоднородностью ее. Все больший интерес, проявляемый в последнее время к рассматриваемой патологии, связан с рядом причин и прежде всего с развитием возрастной психиатрии, в том числе подростковой. «Подростковая психиатрия — это раздел психиатрической науки, изучающей особенности проявления, течения, причин и механизмов развития психических нарушений (как при психических заболеваниях, так и при непсихических расстройствах) в период полового созревания, а также особенности их лечения и предупреждения в данном возрасте и научные основы организации психиатрической помощи подросткам», — так характеризует эту область науки А. Е. Личко — автор первой специальной монографии на эту тему в нашей стране, предложивший систематическое изложение курса подростковой психиатрии».

Немаловажное влияние на повышение интереса к патологии, касающейся болезненной оценки своей внешности, оказало и развитие такого раздела медицинской науки, как суицидология, ибо стойкая, не поддающаяся критике патологическая убежденность в наличии какого-то физического дефекта весьма нередко, особенно на самых ранних, а поэтому часто не распознанных этапах болезни, сопровождается выраженными суицидальными тенденциями и попытками.

Внимание к вопросам патологии, касающейся оценки своей внешности, наиболее ранней ее диагностики и выработки соответствующей тактики по отношению к этим больным связано с развитием еще одной науки, казалось бы, весьма далекой от психиатрии — совершенствованием пластической хирургии. Именно к этим специалистам прежде всего обращаются больные, требуя сделать им необходимую, по их мнению, косметическую операцию: «укоротить нос», «исправить губы», «сделать

приемлемыми ушами» и т. д.

Интерес к рассматриваемой проблеме усилился и в связи с таким до конца еще не изученным феноменом, как акселерация физического развития. Например, у подростков-акселератов женского пола с ускоренным половым созреванием значительно чаще возникают идеи физического недостатка [Лебединская К.С., Ротинян Н. С., Немировская С. В., 1970], чем у подростков с нормальным развитием [Сосюкало О. Д., Большаков А. Г., Кашникова А. А., 1978]. У подростков мужского пола, напротив, благоприятным фоном для возникновения дисморфофобии или дисморфомании часто является ретардация с задержанным или недостаточным сексуальным развитием [Личко А. Е., 1979].

Изучение синдромологической структуры и нозологической принадлежности рассматриваемой патологии представляется чрезвычайно важным прежде всего потому, что нарушения этого рода нередко являются содержанием самых ранних, инициальных проявлений психических заболеваний, долгое время протекающих скрыто и незаметно для окружающих, в то время как речь уже идет о несомненно болезненном состоянии со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Теоретическое и практическое значение имеет и выяснение связи болезненной убежденности в физическом недостатке с клиникой другого, очень сложного и во многом также неясного страдания — нервной (синоним — психической) анорексии.

Помимо возможности выработки диагностических и прогностических критериев, необходимость тщательного изучения больных с описываемыми расстройствами диктуется и требованиями непосредственной клинической практики: поисками наиболее адекватных терапевтических воздействий на больных с этим трудно поддающимся лечению видом патологии.

Наше многолетнее динамическое изучение (собственное непрерывное наблюдение до 26 лет) больных с патологическими мыслями о том или ином физическом недостатке показало, во-первых, что пациентами врачей (и не только психиатров) преимущественно являются лица не с навязчивыми, а сверхценными или бредовыми идеями, и, во-вторых, что эта патология чаще всего представлена не одним симптомом, а характерным синдромом. Изучение этих больных проводилось в условиях разнопрофильных отделений психиатрической клиники,

психоневрологическом Диспансере и в Московском научно-исследовательском институте косметологии МЗ РСФСР (до 1966 г. называвшемся Институтом врачебной косметики), куда эти пациенты очень часто обращаются в первую очередь.

Обобщая литературные данные и свои многолетние наблюдения, мы наряду с уже давно известным термином «дисморфофобия» предложили и такое определение, как «дисморфомания», подробное обоснование чему будет приведено в тексте монографии.

Для более четкого разграничения дисморфофобии и дисморфомании приводим краткое определение того и другого термина.

Дисморфофобия — навязчивый страх невротического характера (т. е. протекающий на непсихотическом уровне с отсутствием грубых изменений психической деятельности), связанный с якобы имеющимся тем или иным физическим недостатком.

Больные с собственно дисморфофобией наблюдались нами главным образом в условиях диспансера и частично — в Московском научно-исследовательском институте косметологии МЗ РСФСР. Весьма вероятно, что значительное число больных, страдающих навязчивыми мыслями по поводу якобы «неправильного» строения той или иной части тела (не говоря уже о людях, просто недовольных своей внешностью), никогда к врачам не обращаются.

Иное дело — больные с дисморфоманией, требующие самого серьезного внимания не только психиатров, но и врачей многих других специальностей (педиатров, хирургов, дерматологов, эндокринологов, терапевтов и т. д.).

Дисморфомания — болезненная (психотического свойства, чаще всего в виде сверхценной идеи или бреда) убежденность в наличии какого-либо воображаемого или чрезвычайно переоцениваемого физического недостатка, наиболее часто касающаяся видимых частей тела (формы или величины носа, ушей, зубов, размеров рук, ног, туловища и т. д.).

Дисморфомания может лежать в основе такого заболевания пубертатного и юношеского возраста, как нервная анорексия.

К дисморфоманическим расстройствам относится и патологическая убежденность в распространении неприятных запахов (кишечных газов, мочи, спермы, пота, запаха изо рта). Дисморфомания — психопатологический феномен, как правило, очень стойкий и не поддающийся коррекции. Обычно дисморфомания сопровождается подавленным настроением, тщательной маскировкой своих переживаний и выраженным стремлением к исправлению мнимого дефекта любым путем. Характерна для больных с дисморфоманией также весьма твердая уверенность, что их «дефект» очень неприятен всем окружающим.

Отсутствие соответствующих обобщающих монографических исследований, характеризующих дисморфоманию в различных ее вариантах, побудило нас взяться за описание этого вида патологии, особенно типичной для возрастного периода от 13 до 20 лет.

Глава I. К истории изучения дисморфофобических и дисморфоманических расстройств

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**
Коркина М.В.

Начало изучению дисморфофобических расстройств было положено в конце прошлого века итальянским психиатром Enrico Morselli в серии последовательно вышедших работ.

Характеризуя дисморфофобию, Е. Morselli в качестве клинической иллюстрации описал больного, страдавшего от неприятных ощущений в области рубца на носу, которые вызывали у него навязчивые мысли о том, что нос его имеет шаровидную форму. Больной стеснялся выходить из дома, поскольку ему казалось, что все на него обращают особое внимание. Постоянно испытываемые больным парестезии в области спины вызвали у него мысли о «торчащих» лопатках. Чтобы скрыть этот предполагаемый дефект, больной постоянно ходил с выпяченной грудью.

Квалифицируя дисморфофобию как «страх быть измененным», Е. Morselli феноменологически относил ее к «специфическим формам нозофобии» с наличием навязчивой идеи о телесной деформации, а нозологически — к так называемой рудиментарной паранойе (Paranoia rudimentaria). При описании дисморфофобии Е. Morselli впервые подчеркнул и такую (впоследствии акцентируемую рядом авторов) особенность, как стремление больных постоянно

рассматривать себя в зеркале.

Несколько сходное по клинической картине описание можно найти у С. С. Корсакова (1901). Рассматривая в своем «Курсе психиатрии» «главные категории» бредовых идей, С. С. Корсаков наряду с идеями величия, преследования, ипохондрическими как одну из категорий выделяет «идеи собственной метаморфозы», заключающиеся «в представлении собственной перемены». При наличии таких бредовых идей, помимо убежденности больного в том, что в животе у него находятся пауки, змеи, что он превратился в животное и т. д., может быть и уверенность в изменении какой-либо части тела.

Как следует из приведенных данных, С. С. Корсаков не отделял бред физического недостатка от таких совершенно отличных от него бредовых идей, как собственно бред метаморфозы («человек превратился в животное») или бред одержимости («в животе находятся пауки, змеи») при всем различии психогенеза этих расстройств.

Весьма сходное с дисморфофобией состояние было описано В. М. Бехтеревым (1899, 1900, 1905), Р. Hartenberg (1904), С. А. Сухановым (1905) под названием «боязнь чужого взгляда» («страх чужого взгляда», «непереносимость чужого взгляда», «*phobie du regard d'autrui*»).

Приоритет в описании этой патологии принадлежит В. М. Бехтереву, который еще в 1899 г., характеризуя больного с «навязчивой улыбкой», отметил у него «желание скрывать свое болезненное состояние и физическое и нравственное безобразие», в связи с чем больной стремился к уединению и с целью «известной защиты» носил черные очки. В работе «О навязчивой улыбке» В. М. Бехтерев лишь упоминает о боязни чужого взгляда, но затем посвящает этому вопросу специальную работу «Непереносимость или боязнь чужого взгляда» (1900) и несколько позднее пишет об этом вновь (1905). В. М. Бехтерев считал, что боязнь чужого взгляда является особым навязчивым состоянием, развивающимся на почве вырождения. Непосредственным поводом к возникновению страха чужого взгляда, по мнению автора, часто является онанизм и «вообще недостатки половой сферы», а сама непереносимость постороннего взгляда может сочетаться с боязнью покраснеть, с затруднением

мочеиспускания на людях и с навязчивой улыбкой.

В. М. Бехтерев не акцентирует внимания на связи описываемой симптоматики с мыслями больных о физических недостатках, хотя в подробных описаниях (и самоописаниях) больных нередко встречаются упоминания о «страшном лице», «физическом и нравственном безобразии», «неправильно развитом половом члене» и т. д. (именно у больного с «неправильно развитым половым членом» и отмечалась задержка мочеиспускания на людях).

Совершенно ничего не говорит В. М. Бехтерев и о самом термине «дисморфофобия». Однако этот термин уже можно встретить в работе Р. Hartenberg (1904), описавшего в целом «фобию взгляда» как «стыд тела», дисморфофобию и считавшего ее «частной формой класса социальных фобий». Приведя две иллюстрации, и кроме того, ссылаясь на подобное заболевание у Елизаветы Баварской, императрицы Австрии, автор отмечает, что для страдающих этой патологией очень характерно стремление скрывать свое лицо. Эти больные, по описанию автора, никогда не входят первыми в помещение, держатся в слабоосвещенных углах, прячутся за мебель, постоянно держат руку у щеки, рта или подбородка, мужчины закрывают лицо газетой, женщины — веером или густой вуалью, некоторые носят темные очки и т. д.

Подобное поведение, пишет Р. Hartenberg, может быть вызвано боязнью показаться смешным вследствие какого-то недостатка во внешности либо страхом, что каждый чужой человек может прочесть на лице больного его тайные мысли. Иногда, по мнению автора, это могут быть галлюцинации в виде «какого-то постоянного взгляда» и идеи преследования. Подчеркивая отличие описываемой им «разновидности социальной фобии» от эрейтофобии, автор в возникновении фобии взгляда большое значение отводит личностным особенностям — прирожденной робости.

С. А. Суханов (1905) считал описываемую патологию одним из проявлений так называемой идеообсессивной психопатии (*psychopathia ideoobsessiva, constitutio ideoobsessiva*), для которой типичны тревожно-мнительный характер и разнообразные навязчивости.

Объясняя боязнь чужого взгляда различными причинами (опасением, что по выражению лица больного могут подумать или узнать об имеющихся у него хульных

мыслях, навязчивых представлениях эротического содержания, половых аномалиях и т. д.). С. А. Суханов, в частности, писал и о появлении навязчивого страха чужого взгляда при том или ином физическом недостатке: «Больной боится взгляда окружающих потому, что он имеет какие-нибудь физические недостатки, смешную или неуклюжую фигуру, неловкие манеры и проч.».

У большинства описываемых указанными авторами больных с боязнью чужого взгляда имелись выраженные идеи отношения, стремление избегать общения с людьми и иногда попытки «маскировки» (например, ношение черных очков).

Обращает на себя внимание молодой возраст (пубертатный или юношеский), в котором впервые возникал описываемый В. М. Бехтеревым, Р. Hartenberg и С. А. Сухановым страх постороннего взгляда.

Однако, описывая эту патологию, по сути весьма сходную с дисморфофобией, авторы о самой дисморфофобии либо совсем не упоминают (В. М. Бехтерев, С. А. Суханов), либо останавливаются на ее характеристике очень кратко (Р. Hartenberg).

Первой работой, посвященной собственно дисморфофобии, является статья Н. Е. Осипова «Мысли и сомнения по поводу одного случая «дегенеративной психопатии»», вышедшая в 1912 г. Применяя (со ссылкой на Е. Morselli) термин «дисморфофобия», Н. Е. Осипов описывает больную с твердой убежденностью в наличии слишком высокого роста и «крайне уродливой нижней части лица», в связи с чем она упорно добивалась хирургического вмешательства. Помимо убежденности в собственном уродстве, у больной имелись идеи отношения и мысли о самоубийстве. Именно с этой целью она 3 раза голодала, причем первый раз — в течение 20 дней. Автор объяснял заболевание с позиций фрейдизма и применял психоанализ.

В работе Н. Е. Осипова, помимо интересного клинического описания, имеется очень важное положение: автор подчеркивает, что в данном случае речь идет не о единственном симптоме, а «однородном по своему составу комплексе симптомов». Ценность данной работы состоит также в том, что она впервые специально посвящена описанию дисморфофобии, в то время как ранее об этом виде патологии говорилось более или менее подробно лишь в общих руководствах или

монографиях.

Упоминания о дисморфофобии имелись в ряде работ, вышедших в конце XIX — начале XX столетия [Ковалевский П. П., 1905; Сербский В. П., 1912; Суханов С. А., 1914; Осипов В. П., 1923; Kaan H., 1892; Dallemagne J., 1894; Janet P., 1911; Kraepelin E., 1915]. Эти авторы описывали дисморфофобию в разделе навязчивых состояний и определяли ее как «страх, вызываемый ничтожным изменением внешнего вида», как «страх быть деформированным» (J. Dallemagne), «страх при мысли об уродстве собственного лица» (П. И. Ковалевский, В. П. Сербский), как «мучительную мысль о неправильном развитии своего тела, стыд своего тела» (В. П. Осипов).

У В. П. Осипова встречается описание «связанной со страхом навязчивой мысли о том, что больной не может удержать газов», особенно при посторонних (петтофобия).

С. А. Суханов употребляет термины «морфофобия» и «*physiophobia*» и определяет их как «фобии, связанные с отдельными частями собственного тела или с физиологическими отправлениями организма» (в целом разбирая этот вид патологии в главе «Психоневрозы»).

Впервые упоминая о дисморфофобии только в 8-м издании своего учебника, Е. Краепелин рассматривает ее в разделе навязчивых неврозов и относит к разновидностям фобии общения с людьми, страха перед людьми (*Homilophobia*, *Verkehrangst*). «Некоторые больные,— писал он,— не отделяются от мысли, что они имеют что-нибудь бросающееся в глаза или смешное, диковинный нос, кривые ноги, отвратительный запах, вызывают внимание и насмешки».

Р. Janet, выделивший внутри «фиксированных идей и навязчивых состояний» многие навязчивости, наряду с другими формами «одержимости» описывает «одержимость в форме стыда своего тела». Он пишет: «Идея презрения к себе, одержимость недовольством собою распространяется гораздо чаще на физическую личность, на свое тело. Больные, у которых встречается это недовольство своим телом, весьма многочисленны: они образуют особую группу, важность которой обнаруживается только при знакомстве с ними. Их всех можно назвать «стыдящимися своего тела». В полной форме они относят это ко всему своему телу, ко всем его частям, и одержимость в таком случае подразделяется на

множество маленьких «частичных бредов». Другие не идут так далеко, и их стыд не распространяется на весь организм, а концентрируется на той или другой части, на той или другой функции, которой особенно стыдятся».

В этом же разделе наряду со страхом покраснения P. Janet описывает «стыд своих рук», страх пятен, страх писать, «стыд функций пузыря», «стыд половых функций» и, наконец, «стыд кишечных газов, заставляющий этих больных добровольно удаляться от мира, так как они убеждены, что при их приближении все заткнут нос».

Больные с убежденностью в распространении ими дурного запаха впервые были описаны французским психиатром J. Seglas в 1892 г. почти одновременно с E. Morselli, но по другому поводу: при попытке выделить так называемые галлюцинаторные навязчивости и навязчивые галлюцинации. Из 12 описываемых им больных, у которых автор находил либо собственно галлюцинации, но «со всеми признаками, со всеми свойствами навязчивых состояний», либо «навязчивые идеи или представления», сопровождаемые обманами восприятия, у 2 больных были жалобы на якобы исходящий от них неприятный запах.

В дальнейшем подобные состояния (также в основном преследуя цель дать клиническую иллюстрацию галлюцинаторных навязчивых представлений) описали многие авторы [Бехтерев В. М., 1899; Суханов С. А., 1904; Озерецковский Д. С., 1927; Pitres A., Regis E., 1897; Lerov R., Capgras, 1897; Lowenfeld L., 1898].

В. М. Бехтерев, описывая разнообразные навязчивые галлюцинации, приводит в числе других и два случая навязчивых обонятельных галлюцинаций, встречающихся, по его выражению, «не совсем редко». Один из описываемых больных, студент, годами страдал от запаха гнили, исходявшего будто бы из его рта. Вначале, пишет В. М. Бехтерев, больной был критичен и полагал, что это ему только кажется, но затем пришел к выводу, что запах действительно имеется, так как «видел», что у окружающих при этом менялось выражение лица и даже слышались «кое-какие намеки». «В дальнейшем, присоединились иллюзии и галлюцинации и в других органах чувств, не содержащие, впрочем, ничего навязчивого, тогда как галлюцинация об издании противного запаха держалась с упорством в течение всего времени наблюдения, длившегося

несколько лет».

Сходные наблюдения приводят и другие перечисленные выше авторы. При квалификации указанных клинических случаев авторы расходятся лишь во мнении, что первично: навязчивая мысль или представление, осложняющееся галлюцинацией, или галлюцинация со всеми свойствами навязчивых состояний.

L. Lowenfeld, в частности, предлагал применительно к этим случаям пользоваться термином «вторичные галлюцинации», С. А. Суханов говорил о «вторичных навязчивых галлюцинациях», R. Leroy, Capgras — о «материализации obsessions», A. Pitres, E. Regis — о «воспроизведенной галлюцинации» («hallucination representation»).

В. М. Бехтерев, описывая «навязчивые ненормальные ощущения и навязчивые обманы чувств», допускал среди последних «неполные навязчивые иллюзии и галлюцинации» («неполными галлюцинациями» он называл псевдогаллюцинации) и «настоящие навязчивые иллюзии и галлюцинации». Д. С. Озерецковский считал необходимым отнести подобные навязчивые галлюцинации к группе шизофренических автоматизмов.

Наряду с подобными работами, в которых больные, убежденные в распространении неприятных запахов, приводились главным образом для иллюстрации «навязчивых галлюцинаций», имелись также исследования, где, например, синдром недержания газов указывался как разновидность собственно навязчивых состояний [В. М. Бехтерев, 1907; Dejerin I., Gokler E., 1912].

Описывая группу больных с так называемыми кишечными кризами, В. М. Бехтерев подчеркивал, что у этих людей с навязчивыми состояниями позывы на дефекацию возникают именно в то время, когда это «крайне неуместно». Однако эти больные на запахи не жаловались и идей отношения не высказывали.

Dejerin I., Gokler E. (1912) в работе, посвященной функциональным проявлениям психоневрозов, останавливаясь, в частности, на характеристике больных с «функциональными проявлениями в области пищеварения», описывали и лиц, страдающих навязчивым страхом не удержать в присутствии посторонних «влажные ветры». Эти упорные навязчивые страхи, называемые авторами «фобиями диареи»,

развивались у больных в связи с фактом непроизвольного отхождения кишечных газов. У больных наблюдалось «заметное угнетение», они «постоянно жили в страхе от возможности повторения того же явления», не могли без «мучительных опасений» выйти из дома. Каких-либо жалоб на неприятные запахи у этих больных авторы также не отмечали.

Р. И. Резник (1935) описал больную с психастеническим складом характера, у которой периодически возникали навязчивые мысли, что нос ее изменился — покраснел и распух. Она рассматривала себя в зеркале, высказывала идеи отношения и «легкий бред преследования». Приступы отмечались трижды, а по прошествии их оставалась только тревога, что все это может повториться.

Д. А. Аменицкий (1942), проводя анализ навязчивых, сверхценных и бредовых образований и давая им судебно-психиатрическую оценку, описывает, в частности, больного шизофренией 23 лет. У этого больного, отцеубийцы, с 16 лет появились мысли о «выделении кишечных газов», неприятном запахе, исходящем от него, и связанные с этим идеи отношения. Больной избегал общества, голодал, высказывал суицидальные мысли. Отца убил за то, что тот якобы обижал его, дразнил «вонючкой».

Не применяя специальной терминологии («дисморфофобия», «петтофобия»), Д. А. Аменицкий при разборе этого больного говорит только об ипохондрической идее и подчеркивает, что ее развитие вначале шло по типу навязчивого образования (при наличии первичных проявлений в виде разнообразных вегетативных расстройств), затем (вместе с мыслями о насмешках окружающих) — сверхценного образования и, наконец, «уже в значительной мере — бредового».

Сходное наблюдение приводит Г. В. Морозов (1949). Он описывает 17-летнего молодого человека, высказывающего твердое убеждение в наличии исходящего от него запаха мочи, от которого он всеми силами старается избавиться (моется каждый день в бане, душится одеколоном и т. д.). Вскоре к болезненному убеждению в распространении неприятного запаха присоединяются идеи отношения. Автор считает, что имеющаяся в данном случае патология относится к бредовым расстройствам.

Довольно полное описание больных с идеями о

распространении неприятных запахов можно найти также в монографиях, посвященных неврозам [Яковлева Е. К., 1958; Давиденков С. Н., 1963].

Е. К. Яковлева (1958) описывает 24-летнюю больную, страдавшую в течение 2 лет «фобией дурного запаха». В связи с этим она оставила работу, перестала общаться с людьми, не выходила из дома. У этой больной выработалась своеобразная привычка «обнюхивать воздух», в результате чего она «чрезвычайно обострила свое обоняние». Исследования остроты обоняния показали, что оно у больной «оказалось поразительно острым». Автор объясняет развитие фобического синдрома у этой больной образованием патологической условной связи «между сексуальным влечением и запахом», возникшей на фоне ослабленной нервной деятельности, и пишет об эффективности в этом случае рациональной психотерапии.

Описание больной, которая была уверена в непроизвольном отхождении у нее кишечных газов, приводит С. Н. Давиденков (1963). У этой больной возникают упорные мысли о недержании газов, что доставляет ей «громадные жизненные затруднения». Больная избегает грубой пищи, ест только вечером, работает часто стоя, ежедневно делает себе клизмы. Старается меньше быть на людях, высказывает идеи отношения.

С. Н. Давиденков подчеркивает, что больная отвергала все попытки убедить ее в том, что ее мысли носят болезненный характер, но соглашалась с тем, что страдает не столько от самого недержания газов, сколько от страха перед ним. Автор расценивает это заболевание как тяжелый невроз.

Можно сослаться также на статью К. Parnitzke, H. Regel (1966), описывающих под названием «чудовищного навязчивого невроза» патологическое состояние, при котором у больного наряду с различными другими навязчивостями было ощущение неприятного запаха изо рта, в действительности не существовавшего.

В большинстве приведенных исследований при довольно подробном клиническом описании больных авторы касались разбираемого вопроса лишь в общих чертах, без специального анализа. И это почти закономерность: до середины нашего столетия большинство описаний патологической убежденности в наличии физического уродства или запаха, исходящего от собственного тела,

приводились кратко и как бы попутно, при обсуждении иных вопросов. Недостаточное внимание к разработке клиники дисморфофобии находилось в противоречии с высказываниями многих авторов, которые вслед за Р. Janet подчеркивали довольно большую частоту этого вида патологии.

Первое исследование данной проблемы появилось только в 1945 г., когда Ю. С. Николаев в работе «О сензитивном бреде физического недостатка и его нозологической принадлежности», а также в вышедшей позже статье (1949) изложил результаты изучения 45 больных со своеобразным бредовым синдромом, вызывающим «большие затруднения в его психопатологической трактовке и нозологическом определении».

Говоря о психопатологической структуре синдрома, автор указывает, что и убежденность в мнимом физическом уродстве, и связанный с нею бред отношения являются как бы «двумя половинами одного явления». При анализе особенностей бреда отношения Ю. С. Николаев проводит аналогию между тем, что он наблюдал у изученных им больных, и сензитивным бредом отношения, описанным Е. Kretschmer (1927).

По аналогии с кречмеровской «паранойей совести» Ю. С. Николаев говорит о подходящем к его наблюдениям термине «бред стыда», а в целом называет описываемую им патологию «сензитивным бредом физического недостатка, неприятного для окружающих», подчеркивая в то же время, что в его наблюдениях «роль влияния переживаний значительно меньше и отсутствует столь решающее значение выраженных характерологических черт личности».

От ипохондрических идей этот синдром отличается тем, что больные обеспокоены главным образом не состоянием их здоровья, а тем, что их «позорный недостаток» привлекает всеобщее внимание.

Что касается нозологической оценки рассматриваемой патологии, то, по данным Ю. С. Николаева, «основная масса этих случаев, хотя и является „конституциональным» заболеванием, но не шизофренической природы», что «бред физического недостатка не характерен для шизофрении», при которой он если и возникает, то лишь в начале болезни и «как сравнительно кратковременный эпизод». Основную же массу наблюдений Ю. С. Николаев в этой работе относит «к так называемой группе

дегенеративных психозов».

Мы довольно подробно остановились на работах Ю. С. Николаева ввиду того, что это были первые специальные исследования, посвященные разбираемой теме. В последующие годы интерес к патологии в виде болезненной убежденности в распространении неприятных запахов или наличии мнимого либо болезненно переоцениваемого физического недостатка заметно возрос и стал особенно интенсивным в последние два десятилетия. Поскольку эти работы отражают уже в той или иной степени современные точки зрения, они будут приведены нами в соответствующих разделах книги.

Глава II. Общая клиническая характеристика дисморфомании. Синдромологическая характеристика дисморфомании

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте
Коркина М.В.

Как уже отмечалось, по существующей традиции к разбираемым расстройствам относятся, помимо патологической убежденности в наличии мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка, касающейся главным образом видимой части тела, также и болезненные мысли об исходящих от тела неприятных запахах.

И то, и другое психопатологическое образование, имея в качестве основного «стержня» идею физического недостатка (формы или функции), не приятного для окружающих, в то же время характеризуется рядом особенностей. Поэтому целесообразно рассмотреть вначале эти феномены раздельно.

Патологическая убежденность в наличии физического недостатка, физического уродства

Мы уже говорили о том, что болезненные идеи о наличии физического недостатка более всего свойственны пубертатному или юношескому возрасту. По нашим данным, возникают они преимущественно в период от 13 до 19 лет. Этот период А. Е. Личко (1979) делит на несколько фаз: первая пубертатная фаза (12—13 лет), вторая пубертатная фаза (14 — 15 лет), третья пубертатная фаза (16—17 лет) и постпубертатная фаза (18 —19 лет).

В случае возникновения такой патологии подростки или

юноши высказывают убеждение, что у них «безобразной формы» нос или рот, «идиотски узкий лоб», «малый рост», «ужасная полнота», «отвратительно выпирающие щеки», «красный, как у пьяницы, нос», «уродливые веки», «жирные ягодицы», «маленький» или «кривой» половой член, «уродливо тонкие, как спички, ноги», «отвратительно круглое, как луна, лицо» и т. д. При этом больные или допускают мысль, что подобный «недостаток» может встречаться и у других людей, или заявляют, что «уродство» их особенное, «отвратительное», гораздо хуже, чем то, что может быть у других. Так, одна больная с убежденностью в уродливости верхних век заявила: «Это гораздо хуже, чем быть горбатой».

Возникновение «уродства» больные объясняли по-разному. Чаще всего (около 50 % наблюдений) они винили в этом «судьбу» или родителей: «уж такой несчастный уродился», «так наследственность была закодирована», «родители наградили», «произвели урода», «урод-отец родил урода-сына», «отец с матерью недосмотрели», «раскормили» и т. д. Реже больные связывали происхождение «дефекта» с дурными привычками («морщил лоб все время», «глаза щурила», «губы облизывала постоянно»), с внешними факторами («физическая травма повредила», «климат повлиял», «от жесткой воды кожа испортилась») или с какой-то серьезной болезнью («рахит у меня», «тяжелый авитаминоз», «нарушение обмена веществ», «следы сифилиса» и т. д.).

В ряде случаев мысли о мнимом физическом недостатке оказывались связанными с идеями отравления, воздействия, колдовства («от отравы ноги стали, как лучинки», «лучами нос расплющили»). Иногда возникновению патологической убежденности в уродстве той или иной части тела предшествовали разного рода сенестопатии, появляющиеся именно в данной части тела (по нашим наблюдениям, сенестопатии предшествовали идеям физического недостатка в 5 % случаев).

Таким образом, идея физического недостатка совершенно необязательно имеет ипохондрическую природу, хотя в ряде случаев (связывание больным мнимого уродства с перенесенной в прошлом болезнью либо развивающейся или существующей одновременно с «дефектом» и «объясняющей» его происхождение) от такого объяснения отказаться нельзя.

У большинства больных мысли об «уродстве» в течение долгого времени были монотематическими; реже идеи

физического уродства касались сразу нескольких частей тела или менялись через тот или иной промежуток времени. Однако даже при наличии такой «политематичности» мысли о каком-то одном «физическом дефекте» оставались все-таки преобладающими, беспокоили больных больше всего.

Независимо от содержания, патологическая убежденность в наличии физического дефекта носила различный характер: была либо бредом, либо сверхценной идеей, либо навязчивостью.

В ряде наблюдений, особенно на ранних этапах болезни, было трудно сказать, какому именно психопатологическому образованию (бредовому, сверхценному, навязчивому) идеи физического недостатка в данном конкретном случае более всего соответствуют.

Особенное затруднение (также преимущественно на ранних этапах заболевания) представляло дифференцирование между сверхценными и бредовыми идеями. В плане этого дифференцирования идеи физического недостатка имеют много общего, например, с идеями ревности.

При возникновении идей физического недостатка по типу сверхценного образования нередко только длительное наблюдение помогало решить вопрос, приобрела ли эта идея характер паранойяльного бреда или постепенно исчезала, уступив место иной симптоматике.

Учитывая указанные дифференциально-диагностические трудности, мы при определении феноменологической сущности идей физического недостатка в целях определенной унификации клинических данных старались соблюдать следующие положения; во-первых, брать для сравнения один и тот же этап заболевания — начальный период дисморфомании; во-вторых, подробно изучать характер возникновения идей физического недостатка (в том числе обязательно учитывая и преморбидные особенности личности)¹.

В 50 % наших наблюдений мысли о физическом недостатке имели характер бредовой убежденности с наличием в некоторых случаях определенной парадоксальности: уверенность в «уродстве» касалась нормальной по всем объективным признакам части тела, а действительный (более или менее заметный) физический недостаток не вызывал у больных ни малейшего сомнения

или огорчения.

О наличии такой парадоксальности в содержании бреда физического недостатка можно говорить, например, у больного М., у которого бредовая убежденность в «уродстве» касалась носа, объективно (по заключению косметологов) очень правильной формы. В то же время сильно изуродованная правая рука с отсутствием половины кисти и трех пальцев и с очень грубыми рубцами (больной в детстве подорвался на mine) не вызывала у него никакого беспокойства. Обращаясь к косметологам, этот больной, грозя самоубийством, настойчиво требовал переделать нос (по мнению косметологов, «почти классической формы») и совершенно не упоминал о руке. Объективно изуродованная рука, напоминающая клешню рака, была для больного «ерундой» и «пустяком», в то время как незначительная горбинка на носу составляла, по его собственному выражению, «трагедию всей жизни».

Подобную же, хотя в ряде случаев и менее выраженную парадоксальность бредовых высказываний, мы могли наблюдать и у ряда других больных.

В 26 % наблюдений убежденность в физическом уродстве возникала по типу сверхценной идеи, иногда называемой «гиперквантивалентной идеей» [Timmerman E., 1963], а в 15 % наблюдений долгое время носила промежуточный характер между сверхценным и бредовым образованием.

На трудности разграничения в ряде случаев сверхценной и бредовой идей указывал В. М. Морозов (1934) в работе, посвященной исследованиям сверхценных идей.

У 4,8 % больных мысли о физическом дефекте какое-то время носили также черты «промежуточных» расстройств, находящихся как бы на границе между навязчивыми переживаниями и бредом, приближаясь то к навязчивым, то к бредовым идеям.

На возможные колебания между навязчивостью и бредом «в начальной стадии некоторых параноидных процессов» указывал К. Schneider (1925). В процессе течения заболевания эти колебания между навязчивостью и бредом становятся все менее выраженными, и в конце концов можно было говорить о стойкой бредовой убежденности.

В 4,2 % наших наблюдений патологическая убежденность в наличии физического недостатка носила характер то

навязчивой, то сверхценной идеи. В подобных случаях можно было вслед за Н. А. Мелеховым (1937) говорить о «фобическом развитии по типу сверхценных образований» или найти подтверждение словам Ю. В. Каннабиха (1935) о том, что навязчивая идея в «известные моменты» может не отличаться от сверхценной.

Таким образом, по своей феноменологической сущности мысли о воображаемом или резко преувеличиваемом недостатке могут иметь либо бредовый, либо сверхценный характер, либо быть промежуточным образованием между бредом и навязчивостью, бредом и сверхценной идеей, сверхценной идеей и навязчивостью.

Наверное, это звучит как парадокс по отношению к укоренившемуся в клинической практике термину «дисморфофобия», но навязчивый страх такого рода у пациентов психиатрических диспансеров и особенно больниц встречается весьма не часто.

По нашим наблюдениям, идея физического недостатка в виде собственно навязчивого состояния если и встречалась, то только на каком-то этапе болезни, приближаясь затем по своей сущности то к сверхценному образованию, то к бреду.

На несоответствии термина «дисморфофобия» сущности болезненного расстройства указывает ряд авторов: М. Schlachter (1971) отмечал, что при этом виде патологии клинически нет по сути проявлений страха; М. Рёгисхон, S. Destruhaut, J. M. Leger (1981), предлагая определение «дисморфическая тревога», подчеркивают, что дисморфофобия — менее подходящий термин, поскольку «речь не идет о банальной фобии», «пациент не боится, что его тело или его часть деформируются, а он живет с убеждением, что его тело безобразно». Более того, пишут эти авторы, объект фобии в обычных фобиях — вне человека, чужероден ему, а здесь — внутри его.

Определенной связи между содержанием патологических идей и их феноменологическим оформлением нет, но следует отметить, что болезненные мысли об облысении, «уродующих» веснушках, «ужасной худобе» или «безобразной полноте» нередко, особенно на первых порах, носят, по нашим данным, характер сверхценных идей или пограничных с ними образований.

Однако какую бы феноменологическую сущность мысли о собственном «уродстве» ни имели (бред, сверхценная идея, навязчивость), они чаще всего характеризуются

очень большой стойкостью, как правило, не поддаются коррекции и доминируют в сознании больного, определяя нередко все его поведение, всю его «линию жизни».

Очень часто все свои неудачи и в личной, и в общественной жизни больные связывают именно с «уродством», нередко в нем одном видят источник всех огорчений и бед. В то же время у некоторых больных можно отметить и периодическое «послабление» бредовой или сверхценной убежденности. Однако вслед за таким «послаблением», как правило, вновь наступают резкое обострение, полная охваченность патологическими переживаниями. В этом колебании интенсивности идей физического недостатка нельзя не отметить описанные еще С. С. Корсаковым (1901) особенности, свойственные всем бредовым идеям и проявляющиеся в склонности к волнообразности, к значительным подчас «колебаниям напряженности бреда».

Помимо идей физического недостатка, для больных с дисморфоманией чрезвычайно характерны идеи отношения, чаще также носящие характер стойкой бредовой убежденности. «Уродство» этих больных огорчает их чаще всего не само по себе, а в связи с необходимостью быть в обществе. В одиночестве эти больные чувствуют себя значительно лучше, на людях же испытывают неловкость, стыд, смущение, беспокойство, будучи уверенными, что своим «дефектом» они вызывают всеобщую насмешку, презрительное или даже враждебное отношение, что этот «дефект» всем бросается в глаза. Значительно реже встречаются больные с убежденностью в сочувствии к ним со стороны окружающих, но и они твердо убеждены в том, что все пристально смотрят на них.

Больные обычно сторонятся общества, ограничивают его до минимума. Сидят дома, проявляют недовольство, если к ним кто-то заходит, избегают ходить в кино, театр, ездить в общественном транспорте, стараются реже бывать на улице. Если приходится быть среди людей, больные прибегают к различным ухищрениям: прикрывают лицо газетой, рукой или воротником, стараются сесть в темный угол, спиной к свету, надевают темные очки, накладывают на лицо пластырь или повязку, употребляют в огромных количествах пудру, различные кремы, грим и т. д.

Это стремление к маскировке «дефекта» весьма типично для больных с идеями «уродства», так же как и стремление к «исправлению» его любым путем. Нужно сказать, что эти «корректирующие мероприятия», как

выразился один из наших больных, они тщательно продумывают и стараются сделать это незаметно для окружающих. Например, больные, убежденные в «уродстве» ушей или головы, придумывают особые «маскирующие» прически или нигде не снимают головного убора, убежденные в излишней полноте никогда, даже в самые сильные морозы, не надевают ничего теплого, при «уродливой худобе», наоборот, надевают в любое время по несколько пар чулок, придумывают особые фасоны одежды, не носят открытых платьев и т. д. Иногда больные прибегают и к «отвлекающим внимание» приемам. Так, больная, убежденная в «уродстве» носа, специально делала себе крайне нелепую прическу, чтобы именно это бросалось окружающим в глаза в первую очередь и «отвлекало их внимание от носа».

Больные не только всеми силами стараются скрыть свой «дефект», но и обращаются к врачам различных специальностей, чаще всего косметологам, умоляя и требуя помощи: «исправить» нос, уши, веки, губы, сменить с помощью пересадки «отвратительную» кожу, «вырезать жир» и т. д.

Добиваясь врачебного вмешательства (чаще пластической операции), эти больные, как правило, проявляют чрезвычайную изобретательность и стеничность, выдают себя за артистов театра или кино, а получив отказ, вновь неоднократно обращаются к косметологам, но уже к другому врачу и под другой фамилией или едут в другой город. Обычно эти больные добиваются операции тайком от родных и только в случае неудачи обращаются за помощью к родителям и другим близким родственникам.

При этом больные уверяют, что только после «этой спасительной операции» у них начнется «настоящая жизнь», они будут «великолепно учиться», «увлеченно работать», «по-настоящему любить», «интересно, блестяще жить», что эта операция, по выражению одной из больных, «явится границей, отделяющей серое никчемное существование от жизни с большой буквы».

Стремление к «исправлению» — симптом, очень типичный для больных с синдромом дисморфомании. Однако интенсивность этого стремления у одного и того же больного в тот или иной период времени может быть выражена весьма различно. Иначе говоря, самая активная деятельность в этом направлении может сменяться почти полной бездеятельностью и наоборот.

Эти колебания в активности больных, подчас очень выраженные (особенно на первых порах болезни), явно связаны с уже отмеченными ранее колебаниями аффективной насыщенности самого бреда физического недостатка.

У некоторых больных стремление, например, к косметической операции выражается только вербально, в бесконечных размышлениях и словесных пожеланиях, но без какой-либо фактической деятельности. Близко к ним суют и более малочисленная группа больных, никак не стремящихся к исправлению, заявляющих, что они «смирились», «подчинились судьбе», «устали добиваться», или пришедших к выводу, что им все равно ничего не поможет, что «придется жить парией», «как-нибудь просуществовать». И, наконец, можно отметить такое положение, когда больные, которым было отказано в хирургической помощи, проявляли особую требовательность к родителям, всячески побуждая их к проведению операции и угрожая в противном случае побегом из дома или чаще самоубийством.

Стойкая убежденность больных в наличии у них тех или иных физических недостатков может приводить к индуцированию какого-либо из близких, проявляющемуся не только в убеждении о наличии уродства, но и в необходимости хирургического вмешательства. Родственники этих больных (в двух наблюдениях — матери, в одном — отец и еще в одном — опекающая больного бабушка) необычайно упорно добивались операции, повторяя в точности все высказывания больных. В одном из этих наблюдений, вероятнее всего, имелся так называемый конформный бред, так как мать больной, высказывающей стойкий бред физического недостатка (диагноз шизофрения), также страдала этим заболеванием. Она полностью повторяла все высказывания дочери, уверяя, что к той «плохо относятся», «не дают ходу», «затирают из-за некрасивого носа», и всячески добивалась хирургического вмешательства. К отказу сделать требуемую операцию обе эти больные относились вначале подозрительно, а потом и по-бредовому, причем в это время более активная роль принадлежала уже матери. Здесь можно отметить определенное бредовое взаимовлияние двух больных — известный клинический факт, описанный впервые под названием «взаимный бред двух» («co-delire») Clerambault и Lamach. В трех Других случаях наблюдалась несколько иная клиническая картина, характерная уже для индуцированного бреда в собственном смысле, называемого также «folie communiquée» — «совмещенное

помешательство» (Bailarger), «folie a deux» — «помешательство вдвоем» [Laseque Ch., Falret J., 1877], «индуцированное помешательство» [Lehmann G., 1883], «подражательное помешательство», или «помешательство из подражания» [В. И. Яковенко, 1887]. В первом из этих двух случаев дочь, стеничная и активная, убедила внушаемую, с признаками дебильности мать, что имеет «уродство» ушей и что «без операции никакой жизни не будет».

Некоторая правдоподобность фабулы бреда, интеллектуальная ограниченность и внушаемость индуцируемого, стеничность индуктора — именно эти условия подчеркиваются исследователями как наиболее важные для возникновения индуцированного бреда.

В одном из наших наблюдений индуцированной оказалась бабушка больного, опекавшая его и принимавшая в нем большое участие. У этой 69-летней женщины без психической патологии в прошлом в настоящее время можно было отметить, помимо индуцированного бреда («у внука действительно уродливые уши, надо их выправить»), довольно отчетливые проявления церебрального атеросклероза, что, согласно литературным данным [Люстерник Р. Е., Фрумкин Я. П., 1934], имеет очень большое значение в происхождении индуцированного бреда.

Таким образом, идеи физического недостатка и активное стремление к его исправлению иногда, при соответствующих условиях, могут быть восприняты без всякой критики близкими больного, и, более того, порой даже явиться тематикой индуцированного бреда.

Случаи собственно индуцированного, или конформного, бреда довольно редки. Гораздо чаще близкие таких больных, критично относясь к их высказываниям, тем не менее соглашались на оперативное вмешательство, что не только не приносит улучшения, но, как правило, значительно ухудшает психическое состояние больных.

Помимо стремления получить помощь врачей различных специальностей, главным образом косметологов, больные с убежденностью в наличии физического недостатка часто прибегают и к различным, в ряде случаев далеко не безобидным, собственным методам «исправления недостатка»: делают себе операцию, подрезая «уродливую» часть тела, стирают до крови кожу лица пемзой при убежденности в ее уродливости, придумывают специальные комплексы упражнений, упорно

отказываются от еды или придерживаются диеты собственного изобретения, без консультации врачей принимают огромные дозы гормональных препаратов и т. д.

Так, несколько наблюдаемых нами больных подрезали себе нос, один больной подпилит зубы, другой специально сажал на нос пчел, «чтобы отек скрыл уродство», третий, страдающий из-за своего «маленького роста», подвешивал себя на петле Глиссона, четвертый с убежденностью в «уродстве нижней челюсти» особым образом «расшатывал» ее с помощью шпагата, пятая больная с мыслями об «очень высоком росте» спала, «чтобы больше не расти», в очень короткой кровати, специально упираясь ногами в спинку ее, и т. д.

Довольно однотипными оказываются «методы исправления» у убежденных в излишней полноте: чаще всего это упорное, сознательное самоограничение в еде (иногда почти вплоть до полного отказа от пищи), в некоторых случаях сочетающееся с бесконечными промываниями желудка, вызыванием искусственной рвоты и т. д.

Все это создает типичную картину нервной анорексии, речь о которой пойдет в главе V.

Чрезвычайно характерной является еще одна особенность больных с убежденностью в мнимом уродстве: склонность к диссимуляции. Стремление к сокрытию своих переживаний не только от всех окружающих, но и от самых близких обычно приводит к тому, что даже родители узнают о них чаще всего спустя значительное время (по нашим наблюдениям, в среднем через 2—3 года). Эта диссимуляция выражается также и в том, что при попытках разубедить больных они подчас делают вид, что согласились с приводимыми доводами, «осознали» свои заблуждения. К такой уловке они прибегают с единственной, по их собственному признанию, целью: «чтобы не приставали», «не надоедали», «отвязались».

Диссимуляция больных с мыслями об «уродстве» носит как бы «частичный» характер: если в общении с психиатрами они обычно скрывают свои жалобы, то с хирургами, косметологами и врачами любой другой специальности, к которым эти больные обращаются за помощью, они весьма откровенны, подробно описывают свое «уродство» и те страдания, которые оно им доставляет, прибегают к мольбам и просьбам или, наоборот, к угрозам (в случае, например, отказа в

пластической операции) «разделаться» с врачом или покончить с собой.

Высказывание о принятом решении покончить с собой часто оказывается не просто угрозой: этим больным действительно свойственно подавленное настроение, достигающее в некоторых случаях степени выраженной депрессии (особенно на первых этапах заболевания) с суицидальными мыслями и попытками.

У отдельных больных наряду с мыслями о самоубийстве иногда появлялось желание совершить, как они выражаются, «убийство для избавления от мук», «милосердное убийство», «альтруистический расширенный суицид» — по терминологии Durkheim (1897). Так, одна больная с убежденностью в уродстве носа высказывала определенные мысли в отношении сына — «чтоб не мучился, а то вырастет и таким же уродом будет»; у другой больной (также с «уродством» носа) желание убить появлялось на улице, когда она видела прохожих, особенно женщин «с подобным же дефектом»: «хочется убить, чтобы избавить от мучений, которые это уродство доставляет».

Аффективные расстройства, особенно выраженные на ранних этапах заболевания, были представлены в виде гипотимии различной глубины и продолжительности. Чаше отмечалась так называемая недифференцированная депрессия [Вертоградова О. П., Войцех В. Ф., Волошин В. М., Дементьева Н. Ф., Краснов В. Н., Матвеев А. В., Саленко Б. Б., Сеницын В. Н., Суворов А. К., 1980]. В то же время депрессивный аффект мог иметь либо тоскливую, либо тревожную окраску. Тревожная депрессия обычно возникала периодически и у некоторых больных достигала степени раптоидного состояния, когда они метались, заламывали руки, кричали («какой это ужас быть такой вонючкой», «как можно жить с таким носом» и т. д.), наносили себе удары по лицу, а одна больная пыталась биться головой о стену. Отмечалась и апатическая депрессия, но, как правило, уже на несколько более поздних этапах заболевания, когда больные становились менее активными, особенно в попытках «коррекции» мнимого недостатка, заявляя: «Все равно ничего не поможет», «смирился», «притерпелась» и т. д.

Все перечисленные выше расстройства составляют характерный симптомокомплекс, развивающийся медленно, постепенно или же внезапно, по типу «озарения». Если даже не все проявления дисморфоманий

появляются одновременно, то во всяком случае их последовательное возникновение происходит через довольно недлительный отрезок времени.

Первым симптомом, как уже указывалось, чаще всего является бредовая или сверхценная убежденность в наличии физического недостатка, а уже затем присоединяется остальная симптоматика. Идеи физического недостатка оказываются, как правило, и самыми продолжительными по времени. Однако иногда возникновению идей физического недостатка предшествуют идеи отношения либо депрессия.

Мысли об уродливости той или иной части тела возникают или после обидных замечаний окружающих (обычно лиц противоположного пола), или же при рассматривании себя в зеркале. Зачастую оба этих фактора имеют место и подкрепляют друг друга: зеркало «подтверждает» критическую оценку окружающих или, наоборот, возникающие при рассматривании себя в зеркале мысли о наличии «физического недостатка» укрепляются в связи с услышанными потом замечаниями окружающих.

Таким образом, как показали наши наблюдения, больным с синдромом дисморфоманий в первую очередь свойственно наличие определенной триады (идеи физического недостатка, идеи отношения, подавленное настроение), сопровождаемой склонностью к диссимуляции и стремлением к исправлению «недостатка», а также наличие двух феноменов (синдрома зеркала и синдрома фотографии), на описании которых мы остановимся особо.

Для начальных этапов развития синдрома дисморфоманий совершенно нехарактерны какие-либо обманы восприятия. Хотя больные и заявляют нередко, что «слышат» разговоры о своем «уродстве» («безобразии какое», «противно рядом стоять», «полюбуйтесь, пожалуйста», «отъелась» и т. д.), однако при длительном изучении этих жалоб обычно оказывается, что подобные переживания, испытываемые больными только на людях и никогда в одиночестве, являются чаще всего бредовой трактовкой обычных слов окружающих. В некоторых случаях, при большой аффективной ненасыщенности идей физического недостатка и идей отношения, не исключена возможность возникновения вербальных иллюзий, патологических образований типа галлюцинаций воображения Дюпре или психогенных галлюцинаций определенной тематики.

Для иллюстрации приводим клиническое наблюдение.

Больной Д., 20 лет. К моменту стационарирования нигде не работал. Поступил с жалобами на «дефект носа» и «связанное с этим» подавленное настроение. Из анамнеза известно, что больной происходит из наследственно неотягощенной семьи. Отец по характеру спокойный, приветливый, заботливый. Мать также без каких-либо характерологических особенностей. Две сестры и брат психически здоровы. Больной родился вторым по счету, рос и развивался правильно. Всегда отличался крепким здоровьем, ничем не болел. Окончил 10 классов, причем два последних года учился в школе рабочей молодежи, одновременно работая в колхозе. Сразу же после окончания десятилетки поступил в техническое училище, окончил его, затем 2/г мес работал на сахарном заводе электромонтером. В связи с сезонностью работ его должность была сокращена, и ввиду болезненного состояния он уже не работал. По характеру до болезни был живым, общительным, имел много друзей, увлекался спортом.

История настоящего заболевания: в 17 лет больной, работая со штангой, уронил ее, слегка задев при этом нос. Повреждения костей не было, появился только отек. Пока держался отек, больной был спокоен, «знал, что пройдет», но с уменьшением отека, взглянув на себя в зеркало, вдруг заметил, что «нос не такой». С тех пор постоянно об этом думал, часто рассматривал себя в зеркале, стал избегать общества. Имея возможность поступить после окончания училища в институт, к чему прежде очень стремился, отказался от этой мысли и вернулся домой. Отмечает, что у него «ко всему пропал интерес». На работе, когда надо было постоять за себя, стеснялся, испытывал робость — «и все из-за носа». При сокращении мог бы добиться восстановления на работе, но по той же причине не смог этого сделать. Казалось, что все на него смотрят и смеются. Старался никуда не выходить из дома, а если и выходил, то только в сумерках. Постоянно рассматривал свое лицо в зеркале, решил, что нос «нужно чем-нибудь закрыть». Ходил с пластырем на носу. Затем стал прибегать и к другому способу: ловил пчел и сажал их на переносицу, чтобы вызвать отек на этом месте. С отеком чувствовал себя свободнее («ведь всем видно, что это временный отек, а не уродство»).

С пластырем или с отеком на носу мог выходить на улицу, ходить на танцы. Но вместе с тем все-таки высказывал опасения, что люди замечают его «уродство». Особенно стеснялся девушек. Они якобы говорили между собой, что

у него нос, «как у совы». Был убежден также, что и родителям его нос не нравится, хотя они и не говорят об этом вслух.

Все чаще задумывался о необходимости пластической операции. Наконец, взял отпуск за свой счет и якобы с целью навестить сестру, живущую в областном центре, поехал туда с твердым намерением сделать операцию. Получив у хирургов отказ, отправился в Киев. Там обратился к косметологам и также встретил отказ. По возвращении домой вскоре был сокращен с работы. Все время сидел дома, старался не подходить к окнам, никуда не выходил, никого не хотел видеть, «все было неинтересно». Когда приходили гости, прятался в другой комнате.

Через год приехал в Москву и обратился в Институт косметологии с целью добиться пластической операции. Дома на этот раз сказал, что едет устраиваться в Москву на работу. После консультации психиатра в Институте косметологии был направлен в психиатрическую клинику. При поступлении предъявлял только одну жалобу — на «дефект носа».

Физическое состояние, так же как и неврологический статус, без патологии. Психический статус: полностью ориентирован, контактен. Настроение подавленное, на лице выражение печали, во время беседы плачет. Убежден, что у него «дефект носа» — горбинка, которую необходимо убрать. «Это же маленькая операция, а мне сразу поможет». (В действительности у больного очень правильный, красивой формы нос и вообще очень красивое, без дефектов лицо.) Имеющаяся на спинке носа пигментация (следы укусов пчел) больного совершенно не беспокоит. Не поддается никаким уговорам: «Очень жаль, что у меня нет карточки в профиль до травмы, это для вас был бы документ».,

Больным себя не считает. Первое время возражал против пребывания в клинике, затем согласился лечиться, но при этом настойчиво интересовался, возьмутся ли хирурги за операцию после того, как он побывает в психиатрической больнице. Выражал удивление по поводу того, что врачи считают его состояние болезненным. В ответ на слова врача, что его мысли об уродстве носа не имеют никаких оснований, ответил: «Вот женюсь и не буду об этом думать». Но тут же сам себе с горечью возразил: «Мне теперь никто не нравится. Как же мне может кто-нибудь нравиться, когда я сам себе не нравлюсь».

Просит ничего не сообщать родителям о его пребывании в больнице — «тогда я совсем домой не вернусь». Держится одиноко. Суицидальных мыслей не высказывал, однако у больного был однажды обнаружен спрятанный в постели пакетик с большим количеством таблеток люминала. Уверял, что пакет принадлежит не ему, а соседу по

Ввиду выраженной депрессии больному было назначено лечение антидепрессантами в комбинации с нейрорептиками. Настроение в течение этого времени колебалось; больной периодами становился более спокойным, но чаще оставался тоскливым и подавленным, плакал, умоляя дать ему разрешение на операцию — «только это мне поможет, если я с пластырем чувствовал себя спокойнее, то после операции будет совсем хорошо».

К пребыванию в клинике относился амбивалентно: то соглашался остаться, то требовал выписки. Однако на предложение выписаться заявил, что «еще побудет в больнице». Никаких обманов восприятия не обнаруживал. Уровень интеллекта соответствует возрасту и образованию, память — без нарушений.

Довольно скоро в состоянии больного произошли значительные изменения: исчезла депрессия, больной стал общительным, веселым. Охотно играл с больными в настольные игры, шутил, переписывал слова различных модных песенок, охотно рисовал. О носе активно не говорил, старался при расспросах врача перевести разговор на другую тему. Отрицал намерение вновь обращаться к хирургам и в то же время постоянно интересовался, дадут ли ему после выписки разрешение на операцию.

Все меньше проявлял беспокойство о родных. Если при поступлении в клинику еще огорчался по поводу болезни отца и сокрушался, что доставил родителям массу огорчений, то в дальнейшем при наладившейся переписке довольно равнодушно относился к тревоге и беспокойству родителей, к новым сообщениям о болезни отца и огорчениях матери в связи с болезнью мужа и сына. Высказывал намерение не возвращаться пока домой, а пожить после выписки у одного из больных. Просил врача ничего о его состоянии родным не писать. Никаких жалоб не предъявлял, лишь однажды сообщил: во время просмотра передач по телевизору у него внезапно появился страх, что он сходит с ума («поднялись на голове волосы и возникла страшная тревога»). В дальнейшем ни о чем подобном не говорил.

Как известно из катамнеза, больной вскоре после выписки из клиники вновь стал очень активно добиваться косметической операции, убеждая хирургов в наличии у него «физического дефекта». Несмотря на все уверения косметологов, что нос у него правильной формы и поэтому операция ему совершенно не показана, упорно настаивал на своем, не соглашался ни с какими доводами.

As is known from катамнеза, the patient soon after an extract from clinic again began achieve very actively cosmetic operation, convincing surgeons available at him(it) « physical defect ». Despite of all assurances of cosmeticians, that a nose at him(it) the correct form and consequently operation is not shown it(him) at all, persistently insisted on the, did not agree with any reasons.

У данного больного в возрасте 17 лет возникает твердая убежденность в наличии «физического дефекта носа» связанного якобы с травмой, в действительности не оставившей никаких следов. Отсутствие критики к своему состоянию, невозможность коррекции, чрезвычайная стойкость убеждения в наличии физического недостатка, оттеснение всех других интересов на задний план, полное сосредоточение на мыслях о своем «дефекте», решение всех жизненных проблем лишь в связи с этой убежденностью и, наконец, чрезвычайно упорное стремление исправить этот «дефект» любым путем — все это говорит о паранойяльном характере бреда физического недостатка. Как в момент возникновения паранойяльного бреда, так и в дальнейшей его динамике можно отметить определенную парадоксальность: больного совершенно не беспокоил отекший после травмы нос, мысли об «уродстве» возникли позднее — уже после исчезновения действительно уродующего отека. Далее больной мог спокойно появляться в обществе только после того, как специально вызывал укусами пчел отек на носу, и тщательно от всех прятался, как только отек проходил и нос приобретал свою обычную (как уже отмечалось — очень правильную и красивую) форму. Кроме того, пигментация, оставшаяся на спинке носа после многочисленных укусов пчел, больного также совершенно не огорчала, в то время как маленькая естественная горбинка на носу расценивалась им как тяжелая трагедия.

Продуктивная психопатологическая симптоматика в данном наблюдении не ограничивалась стойким паранойяльным бредом физического недостатка. В тесной связи с ним находились еще два симптома: выраженные идеи отношения (из-за которых больной не пошел вопреки своей прежней мечте в институт, вернулся домой, избегал

общества, в одиночестве проводил целые дни в комнате с закрытыми окнами) и депрессия с довольно упорными суицидальными мыслями.

Несмотря на тяжелое самочувствие, больной ничего о сути своих переживаний окружающим не сообщал, и родители узнали обо всем только спустя 3 года, когда больной был уже стационарирован. Такую же тенденцию к диссимуляции своих болезненных переживаний больной обнаруживал и в клинике, особенно к концу своего пребывания там, когда состояние его несколько улучшилось. Значительно изменилось настроение: исчезла депрессия, больной перестал высказывать суицидальные мысли, меньше были выражены идеи отношения. Однако «гвоздь» синдрома — идеи физического недостатка — оставались, как это показал катамнез, в прежнем виде, хотя больной и старался всеми силами диссимулировать их.

Таким образом, психическое состояние данного больного, история болезни которого приведена в качестве иллюстрации весьма типичной клиники дисморфомании, позволяет говорить не об отдельном симптоме, а о целом синдроме, состоящем из триады: 1) паранойяльный бред физического недостатка с очень упорным стремлением исправить этот мнимый недостаток и с не менее упорным стремлением диссимулировать свои переживания; 2) выраженные идеи отношения; 3) довольно тяжелое депрессивное состояние с суицидальными тенденциями.

Следует отметить, что в беседах с врачами-косметологами больной не только не скрывал своих переживаний, но, стремясь добиться операции, ярко и красочно их описывал. Нечто подобное было и в первые дни пребывания в психиатрической клинике. Почти полное отсутствие диссимуляции в этот период можно объяснить, вероятно, двумя причинами: во-первых, настроенностью больного получить от психиатров разрешение на операцию и, во-вторых, остротой его болезненного состояния, затруднявшей диссимуляцию. Помимо основной психопатологической симптоматики, определяющей особенность психического статуса больного, у него можно отметить наличие еще двух второстепенных, но тем не менее характерных симптомов. Это, во-первых, постоянное стремление рассматривать себя в зеркале и, во-вторых, ссылка для подтверждения своей правоты на фотографический снимок, где «дефект» якобы более отчетливо выражен.

Что касается диагностической оценки данного

наблюдения, то, хотя вопросам нозологической принадлежности синдрома дисморфомании будут посвящены специальные разделы, несколько слов о диагнозе для завершенности разбора следует все же сказать.

Чрезвычайная стойкость бреда с довольно нелепыми попытками коррекции мнимого физического недостатка, резкое сужение круга интересов, характерные явления амбивалентности и амбитендентности, четко наметившиеся изменения личности в виде эмоциональной притупленности свидетельствуют о шизофреническом процессе. В данном наблюдении паранойяльный бред физического недостатка можно было наблюдать у больного без какого бы то ни было реального дефекта, хотя в возникновении этого бреда определенную роль сыграла травма лица, выступающая в данном случае лишь в виде психотравмирующего, а точнее — провоцирующего фактора, так как абсолютно никаких физических следов после нее на лице больного не осталось. Однако так бывает далеко не всегда. В ряде наблюдений, как уже указывалось, идеи физического недостатка возникают как сверхценные образования при наличии действительно имеющегося, но резко переоцениваемого, а по сути довольно незначительного косметического недостатка.

Больной Ш., 19 лет, студент техникума. Поступил в клинику с жалобой на «безобразные зубы». Из анамнеза известно, что больной происходит из здоровой семьи, родился вторым по счету. Мать больного, будучи беременной, имела тяжелую психическую травму: умерла ее годовалая дочь. Отец ушел из семьи и женился вторично, когда больному было 8 лет. Больной окончил 9 классов, а затем поступил в техникум. К моменту стационарирования учился на II курсе. За 2 года до этого умерла мать больного от рака пищевода. Очень тяжело переживал эту утрату. В детстве был очень живым, общительным, имел много друзей, и хотя сверстники, особенно малознакомые мальчишки, часто называли его «зубастым» (верхние зубы больного немного выступали вперед), он никакого внимания на это не обращал. Когда больному было 14 лет, в трамвае, где он был с одним товарищем и оживленно разговаривал с ним, какая-то женщина, наблюдавшая за ним, сказала, что больному надо было бы исправить зубы, и даже дала адрес, куда обратиться. Товарищ засмеялся, а больному это стало так неприятно, что он даже вышел из вагона, не дожидаясь своей остановки. С этого времени стал постоянно думать о зубах, рассматривал их в зеркале, находил, что они «действительно безобразные». Кроме того, стал замечать,

что окружающие постоянно обращают внимание на его зубы, смеются над ним. Начал избегать общества, старался выдвигать вперед нижнюю челюсть, «чтобы верхняя не так выделялась», закрывал лицо воротником, старался опускать голову, в классе во время ответов у доски старался встать так, чтобы класс не видел его лица. Общительный по натуре, стал избегать общества, сделался тихим и незаметным, очень тяготился своим состоянием.

Уговорил мать переселиться в другой город к родственникам, хотя матери уезжать не хотелось, да и врачи, лечившие ее по поводу рака пищевода, не советовали. Больному же очень хотелось уехать, чтобы на новом месте никто над ним не смеялся. С этой целью подпилил себе снизу и сбоку три верхних зуба. По приезде в другой город поступил в 9-й класс, но и там «все время казалось, что ребята смеются». Очень хотелось участвовать в общественной жизни, быть «как все», а вместо этого старался быть «самым незаметным», избегал общества, особенно девушек, не ходил со сверстниками на танцы. Депрессивное состояние особенно ухудшилось после смерти матери, так как, помимо всего прочего, больной еще очень винил себя в том, что настоял, вопреки советам врачей, на переезде. В то же время мысли о физическом «уродстве» и идеи отношения совершенно не изменились.

Несмотря на то что родственники советовали ему окончить 10 классов, обещая материальную поддержку, из школы ушел «из-за зубов». Поступил в лесной техникум («просто так, без всякого интереса к лесному делу»). В техникуме также постоянно казалось, что все над ним смеются, очень огорчался. «Много читал, мог бы хорошо выступать на занятиях», «мог бы хорошо учиться», но ничего не получалось. Плохо питался, так как стеснялся есть при посторонних «из-за зубов». Постоянно смотрел на себя в зеркало, в то же время всячески избегал фотографироваться. Состояние особенно ухудшилось после того, как один товарищ сказал ему: «На тебя просто страшно смотреть». Настроение было подавленным, часто приходили мысли о смерти. Обдумывал, как ему покончить с собой, хотел повеситься. Однако «решил обратиться за помощью к медицине». Но зубной врач, которого больной просил «поправить» ему зубы, что-либо сделать отказался. Тогда решил поехать в Москву. Специально для этого заработав деньги, бросил учебу и, не оформив свое отсутствие, отправился в Москву, «чтобы порешить все окончательно». В Москве ходил по медицинским учреждениям, умоляя «избавить его от уродства — исправить слишком длинные зубы». Был

консультирован дежурным психиатром по городу и стационарирован в психиатрическую клинику.

Со стороны физической сферы каких-либо нарушений не обнаружено. Верхняя челюсть очень незначительно выдается вперед по сравнению с нормальным прикусом. Неврологический статус: незначительная сглаженность носогубной складки, некоторое повышение сухожильных рефлексов. Психический статус: полностью ориентирован, контактен. Сразу же стал рассказывать о том, как ему трудно жить «с таким уродством», при этом горько заплакал. Прямо глядя на врача, сообщил, что он в последнее время ни еа кого смотреть прямо не мог, постоянно опускал голову и прятал лицо. Подчеркнул, что сейчас он специально заставляет себя прямо смотреть на собеседника, потому что это врач и он решил все до конца рассказать. Считает себя уродом «из-за этих ужасных зубов». Убежден, что над ним все смеются, говорят о нем, дразнят его. Поэтому он вынужден постоянно держаться в стороне от всех, прятать лицо, в то время как ему «так хотелось быть, как все». Говоря об этом, горько плачет.

Обманов восприятия не обнаруживает. Интеллектуальный уровень больного соответствует его возрасту и полученному образованию, память без нарушений. Как будто бы соглашается с врачом, что ему надо лечить не зубы, а свое отношение к ним, но затем вновь часто возвращается к этой теме. Спрашивает, можно ли удалить все зубы и сделать протез. При этом старается говорить, не открывая рта или же выдвигая вперед нижнюю челюсть. Первое время был подавленным, необщительным, держался в стороне от больных.

Больному была проведена шоковая инсулинотерапия (30 сеансов по 72 ЕД инсулина + 0,1 г гексония) и лечение антидепрессантами (тофранил по схеме в течение 83 дней, причем в течение 42 дней в дозе 225 мг, и амитал-кофеиновое растормаживание через день). Настроение заметно улучшилось, больной стал значительно живее, общительнее, перестал высказывать идеи отношения, много времени проводил в кругу больных, очень охотно играл в шахматы.

Кроме того, стал меньше говорить о «своем уродстве», чаще всего заявлял, что оно «теперь его не беспокоит», «от инсулина в голове все стало как-то яснее»; иногда уклончиво заявлял, что «теперь есть силы бороться» или что «мысли о зубах теперь проходят стороной». Однако в то же время пытался однажды принять большое количество порошков барбамила, а позднее (отрицая

категорически суицидальные намерения) признался врачу, что зубы его по-прежнему беспокоят, и хотя настроение у него теперь неплохое, но смириться с таким «уродством» он не хочет и будет просить сделать ему зубной протез. Сообщил, что он больным себя не считает, а поэтому и скрывал от врача долгое время свои истинные мысли—«не алелось на эту тему разговаривать».

При появившемся после лечения спокойствии и внешне вполне правильном поведении больной в то же время стал обнаруживать все более отчетливую склонность к резонерству, к монотонно однообразным ответам. Так, на вопрос, беспокоят ли его теперь зубы, больной мог начать говорить очень пространно и путанно о том, что «все мы живем на одной планете», «что «каждый из нас человек, а не кто-нибудь еще», что «нужно всегда помнить, что ты человек», «не забывать, что ты человек» и т. д. Рассказал врачу, что в последнее время чувствует себя каким-то измененным, с ним «что-то произошло», но описать подробно это чувство он не может, так как «никогда раньше ничего подобного не испытывал».

Заявил о желании после выписки продолжать учебу и сочетать ее с работой. Вместе с тем на прежнее место учебы ехать не хотел («они видели меня в плохом состоянии, это психологически неприятно»). Отказался и от поездки к отцу, объясняя это отсутствием к нему какой-либо привязанности. Решил вновь ехать к родственникам.

При выписке был спокоен, довольно общителен, охотно говорил с врачом, но только не на тему о зубах, от которой по-прежнему уклонялся.

У данного больного, так же как и у предыдущего, основной в психопатологической картине является характерная триада, состоящая из тщательно диссимулируемых идей физического недостатка (в данном случае возникших в 14-летнем возрасте как сверхценное образование при действительно имевшемся, но резко преувеличиваемом дефекте), идей отношения и депрессии с суицидальными тенденциями. Также ярко выражено стремление любым путем исправить свое «уродство», мысли о котором стали доминирующими, определяющими все поведение больного. Как и в предыдущем наблюдении, имеет место активное стремление больного добиться оперативного вмешательства для «исправления уродства».

К моменту стационарирования, помимо синдрома дисморфомании, у больного можно было отметить и характерные для шизофрении негативные расстройства в

виде склонности к резонерству, а также монотонности, стереотипности высказываний. К этому же периоду относится и появление симптома деперсонализации. К одним из ранних внешних проявлений заболевания можно отнести симптом зеркала и симптом фотографии (постоянное рассматривание себя в зеркале и в то же время упорное нежелание фотографироваться), отражавшие основное, тщательно диссимулируемое болезненное переживание — убежденность в «физическом уродстве».

Не касаясь пока подробно дифференциальной диагностики (эта проблема рассматривается в специальных разделах), а пытаясь дать синдромологическую характеристику, мы все же должны высказать некоторые соображения о диагнозе данного заболевания. Стойкость болезненной симптоматики с довольно нелепыми способами самоисправления (подпиливание «уродливых зубов»), определенная прогрессивность процесса с постепенным выявлением негативной шизофренической симптоматики в виде расстройств мышления и эмоциональной притупленности говорят о шизофреническом процессе, начавшемся в пубертатном периоде и протекавшем довольно вяло, но непрерывно.

Повторяя вышеизложенное, надо сказать, что дисморфомания — не единичный симптом, а характерный синдром, чаще всего триада, составляющая обычно единое целое.

Стойкость бредовой или сверхценной убежденности в наличии физического дефекта, настойчивое стремление к его «исправлению» дают основание считать более подходящим для описываемых случаев термин не «дисморфофобия», а «дисморфомания». Предлагая этот термин (1965), мы исходили не только из многолетних наблюдений, но и из литературных данных, отражающих это типичное для больных с убежденностью в наличии физического дефекта активное стремление к переделке «уродливой» части тела.

Настойчивое стремление к «переделке», «исправлению дефекта» проявляют большинство больных с той страстностью и упорством, которые вообще свойственны больным с паранойяльной или сверхценной убежденностью. Поэтому термин «дисморфомания», по-видимому, более адекватен сути разбираемого синдрома. Как известно, греческий термин «мания», помимо общеизвестного, давно укоренившегося значения, имеет и

иной смысл: «безумие», «страсть», «влечение».

Таким образом, термин «дисморфомания» может обозначать, во-первых, такое патологическое состояние, при котором у больного имеется стойкая, не поддающаяся коррекции бредовая или сверхценная убежденность в неправильном, уродливом строении той или иной части тела («безумие» — «мания» в виде убежденности в нарушенном, неправильном строении тела — «дисморфо»).

Термин «дисморфомания» более адекватен еще и потому что у больных в связи с бредовой или сверхценной Убежденностью в наличии физического «дефекта» весьма нередко имеется чрезвычайно упорное и ничем не корригируемое стремление к «исправлению» этого мнимого дефекта, причем в важности такого исправления больной твердо уверен.

На то, что название «дисморфомания» «более адекватно и точно отражает природу расстройства» по сравнению с термином «дисморфофобия», указывает и А. В. Снежневский.

***Патологическая убежденность в
наличии физического недостатка,
физического уродства***

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**

Коркина М.В.

К группе больных с дисморфофобическими или дисморфоманическими расстройствами принято относить также больных с патологической убежденностью в распространении неприятных запахов. Эти больные уверены, что являются источником неприятного запаха (чаще всего кишечных газов, реже — запаха изо рта, запаха пота, мочи, спермы и т. д.), который появляется или становится интенсивным в местах большого скопления людей: на работе, в школе, в театре, в троллейбусе, на лекции и т. д.

Для всех больных наиболее неприятным является не сам по себе «отвратительный запах», хотя они и тяготеют к нему, а в первую очередь «отношение окружающих». Все эти больные независимо от возраста, пола, образования и уровня развития, как правило, предъявляют не только одни и те же жалобы, но даже употребляют при этом весьма сходные выражения.

Эти больные заявляют, что стоит им только появиться где-

либо, как окружающие начинают «усиленно намекать о запахе», заводят разговоры о духоте, о плохом воздухе, о том, что «нечем дышать», открывают форточки, а иногда окна или двери. В их присутствии люди «начинают отворачиваться», «вынимают носовые платки», «сморкаются», «шмыгают носом», потирают его рукой, «хмыкают» и «кашляют».

Идеи отношения, как правило, никакой коррекции не поддаются, хотя больные нередко и делают вид, что поверили разубеждениям. Эти больные тщательно прислушиваются к разговорам окружающих, буквально ловят каждое слово и все относят на свой счет. Нередко они уверяют, что «окружающие не только намекают» им, но и «прямо говорят»: «ну и воздух, хоть топор вешай», «помыться бы не мешало», «это просто параша ходячая», «мыло-то нынче недорого», «разве можно допускать такое», «не палата, а конюшня какая-то» и т. д.

Больные перестают бывать на людях (особенно тщательно избегая общества лиц другого пола); оставаясь голодными, обходят места общественного питания, «чтобы не портить другим аппетит»; перестают посещать занятия в школе или в институте, объясняя это выдуманными и весьма далекими от истинного повода причинами.

Некоторые из них пытаются переменить работу или учебу с тем, чтобы меньше общаться с людьми: переходят на заочное отделение, с большим ущербом для себя меняют работу, стараясь оставаться в безлюдном помещении или на улице (больной с неполным высшим образованием работает подсобным рабочим; больная со средним образованием, культурная, много читающая девушка с высоким интеллектом, идет работать курьером, чтобы быть в основном вне помещения, и т. д.).

В беседе с врачом больные нередко просят помочь им найти работу где-нибудь в лесничестве, содействовать их направлению на Крайний Север, пристроить «на каких-нибудь огородах». Они отказываются от личной жизни, от любимого прежде увлечения спортом, художественной самодеятельностью, перестают принимать участие в общественной работе и т. д. Иными словами, эта патология, так же как и патологическая убежденность в физическом уродстве, нередко целиком определяет поведение больного, всю его жизненную направленность.

Для этих больных, особенно в начале заболевания, типично подавленное настроение. Однако степень депримированности у них неодинакова: если у одних это

глубокая депрессия с суицидальными тенденциями, а у других — с явлениями ажитации и тревоги вплоть до раптоидного состояния, то у третьих депрессия оказывается нерезко выраженной, стертой, «матовой».

Что касается феноменологической оценки идей распространения запахов, то это чаще всего стойкая сверхценная или бредовая убежденность, и только в некоторых наблюдениях можно было говорить о навязчивом страхе (речь идет о страхе не удержать кишечные газы). Однако и в этих случаях навязчивый страх при появлении больных в обществе чаще всего сменялся полной уверенностью в том, что они «нарушают нормы поведения» — непроизвольно выпускают кишечные газы.

Объяснения, которые давали больные по поводу «недержания газов», были весьма сходными: в большинстве своем они говорили об «ослаблении сфинктера» и «нарушении работы кишечника».

Таким образом, эта патология гораздо чаще, чем собственно идеи уродства, приближалась к ипохондрической. Однако главным для таких больных все же было не само «нарушение работы кишечника», а отношение к этому окружающих.

Надо также отметить, что на реальные свои болезни — заболевание легких, тяжелый порок сердца и т. п. — эти люди обычно никак не реагировали (некоторая аналогия с игнорированием реального физического недостатка у больных с бредом уродства).

Больные с убежденностью в распространении дурных запахов объясняли появление их либо болезнью (запах изо рта), либо следствием «волнения на людях» (запах пота, запах спермы). У большинства больных первично возникала именно убежденность в наличии запаха, значительно реже появлению этой убежденности предшествовали идеи отношения. В таком случае больные вначале «никак не могли понять», почему к ним стали хуже относиться, и только потом «догадывались, в чем дело».

Как уже говорилось, высказывания больных, особенно с убежденностью в недержании кишечных газов, были чрезвычайно сходными. Единственным отличием этих больных друг от друга было описание самого ощущения неприятных запахов. Однообразно повторяя, что они являются источником неприятного запаха, одни больные категорически утверждали, что сами отчетливо ощущают этот запах; другие больные заявляли, что хотя сами они и

не чувствуют запаха, но по реакции окружающих «понимают, что он есть»; третьи на вопрос, ощущают ли они непосредственно тот запах, в наличии которого так твердо убеждены, в разное время отвечали по-разному: то они сами ощущают запах, то, не ощущая его, все же твердо уверены в его распространении (такие больные в наших наблюдениях встречаются наиболее часто). Временное или постоянное отсутствие непосредственного ощущения запаха при полной и непоколебимой убежденности в его наличии больные объясняли также довольно однотипно: «обоняние у меня понижено», «нос закладывает», «у других нюх лучше» и т. д.

Многолетние наблюдения побудили нас отказаться от первоначального предположения [Коркина М. В., 1959] о превалировании у этих больных в клинической картине обонятельных галлюцинаций, в частности, псевдогаллюцинаций. Наряду с имеющимися в одних случаях только истинными обонятельными галлюцинациями (когда больные с полной определенностью говорят о «типичном запахе кишечных газов») в других наблюдениях отмечается лишь бредовая интерпретация, бредовая трактовка слов окружающих («разве можно допускать такое...», «мыло-то нынче недорого» и т. д.) без наличия расстройств восприятия. Гораздо сложнее обстоит дело с дифференцированием (в случае наличия галлюцинаций) между истинными и псевдогаллюцинациями. «Какая-то особенность» ощущения запаха, непохожесть его на все реальные, подчеркиваемая некоторыми больными, вызывают предположение о псевдогаллюцинациях. Однако отсутствие ощущения насильственности, «сделанности» этих запахов, весьма конкретное объяснение их происхождения «болезнью кишечника» или чаще «слабостью сфинктера» вызывают определенные сомнения относительно псевдогаллюцинаторной природы обманов восприятия в описываемых случаях.

Как известно, В. Х. Кандинский указывал, что отличие псевдогаллюцинаций от истинных имеется лишь в области зрения и слуха, в то время как «в сфере прочих чувств их, понятно, нелегко отделить от истинных галлюцинаций». Поэтому если больные говорят об «особенности» восприятия определенных отрицательных запахов, то в таких случаях трудно конкретно говорить об истинных или псевдогаллюцинациях, можно лишь предполагать, какое из этих патологических образований превалирует.

В ряде случаев имеются основания трактовать обонятельные обманы как психогенные, когда ощущение

неприятного запаха возникает только в обществе и главным образом в моменты наибольшего аффективного напряжения.

Не касаясь вопроса относительно самой терминологии (подобные обманы восприятия описывались под названием «галлюцинаторных навязчивостей», «навязчивых галлюцинаций», «кататимных галлюцинаций»), мы хотели бы подчеркнуть именно кататимно-психогенный, если можно так сказать, характер обманов восприятия, имеющих место у некоторых больных на высоте аффективного напряжения.

Роль «высокого эмоционального напряжения» [Conrad K., 1959, и др.] в происхождении психогенных галлюцинаций весьма значима. Отмечая это, В. Callieri, T. Felici (1966) даже предложили особо выделять так называемые «идеоаффективные галлюцинации».

Значительно более постоянной и выраженной, чем наличие обонятельных обманов, была стойкая бредовая убежденность в распространении запахов, основанная «на реакции окружающих». Вероятно, именно преобладанием этой бредовой убежденности, теснейшим образом связанной с бредом отношения, можно объяснить тот факт, что подобные больные, находясь в одиночестве или среди самых близких людей, чувствовали себя несравненно лучше и ощущение «отхождения газов» у них в это время либо полностью прекращалось, либо значительно ослабевало.

Характерными для этих случаев были и психосоматические расстройства (сенестопатии), когда больные «ощущали» (что было, как правило, при общении с людьми) и сам процесс «истечения» газов. У одних это было чувство жжения или тепла в области анального отверстия, у других — «чувство струения вдоль кожи бедер», «как легкий ветер вдоль определенных частей тела». Иногда больные жаловались на различные неприятные ощущения в слизистой оболочке носа, которые у них якобы появлялись в связи с воздействием неприятного запаха. Отрицая само ощущение запаха, эти больные уверяли, что именно благодаря появлению неприятных ощущений в носу они «знают о моменте выделения газов», что эти «закладывания носа», «жжение слизистой», «давление в носу», «сигнализируют» им об «истечении очередной порции вонючих кишечных газов». Один больной уверял, что он «знает о выделении газов» по чувству «какого-то давления» внизу живота и в «области прямой кишки».

Таким образом, у описываемых больных, помимо разнообразных обонятельных обманов, имелись еще расстройства ощущений и восприятий иного рода, начиная от различных сенестопатии и кончая тактильными галлюцинациями (иногда с трудом разграничиваемыми с сенестопатиями). Несмотря на все многообразие этих телесных сенсаций и трудности в ряде случаев их феноменологической квалификации, все они в большинстве своем объединены одной особенностью — определенной постоянной локализацией и однообразным их толкованием.

Все вышеизложенное показывает, что патология в виде убежденности в распространении неприятных запахов и главным образом запаха кишечных газов, так же как и патологическая убежденность в физическом уродстве, представляет собой не единственный симптом, а характерный симптомокомплекс, при котором, помимо типичной триады (идеи распространения запахов, бред отношения, подавленное настроение), имеются еще и не менее типичные по своей клинической картине сенестопатии.

У значительной части больных указанный симптомокомплекс возникал на фоне того или иного соматического заболевания, чаще всего какой-либо дисфункции кишечника. Нарушения деятельности пищеварительной системы у этих больных выражались в острой диспепсии в анамнезе, наличии спастического колита, язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, гиперацидного гастрита, трещины прямой кишки, явлений пилороспазма, энтероптоза и в единичных наблюдениях — сфинктерита, слабости анального сфинктера I степени.

Эти данные вполне согласуются с литературными сведениями, свидетельствующими о том, что в анамнезе больных с патологической убежденностью в недержании кишечных газов нередко можно встретить указание на то или иное заболевание желудочно-кишечного тракта [Бехтерев В. М., 1907; Озерецковский Д. С., 1924; Аменицкий Д. А., 1942; Николаев Ю. С., 1945; Seglas J., 1892; Strnad M., Widermannova L., 1964, и др.].

Нарушения интерорецепции — фактор, имеющий, по данным многих авторов [Орбели Л. А., 1949; Гиляровский В. А., 1950; Кербиков О. В., 1955, и др.], определенное значение в формировании некоторых психопатологических синдромов. Среди причин, способствующих формированию указанных психопатологических образований, авторы придают, в

частности, большое значение висцеропатическим факторам. Это имеет прямое отношение к больным с синдромом «недержания кишечных газов», у которых отмечались расстройства именно со стороны желудочно-кишечного тракта.

Несомненно, что основное место в возникновении заболевания принадлежит влиянию патогенетических — процессуальных или психогенных — факторов, но в патопластике синдромаобразования известная роль в данном случае принадлежит и соматогенным факторам (нередко к тому же очень длительным), что, вероятно, в немалой степени обуславливает такие особенности синдрома, как чрезвычайная стойкость его, длительное отсутствие сколько-нибудь выраженной динамики самого симптомокомплекса и малая курабельность этих больных.

Иными словами, здесь имеет место один из конкретных клинических примеров того, что С. Г. Жислин (1956) называл «измененной патологическим образом почвой» и, в частности, «соматическим преморбидом», когда перенесенные в прошлом соматические заболевания (обычно нетяжелые и сами по себе не дающие «развернутой психопатологической симптоматики») тем не менее определенным образом влияют и на особенности клинической картины, и на характер течения возникающего позднее психического заболевания.

Больным с убежденностью в распространении неприятных запахов, помимо всего прочего, свойственно стремление обращаться за помощью к врачам других специальностей или применять собственные «методы исправления».

Подобно больным с убежденностью в физическом уродстве, эти больные, обычно диссимилирующие свое состояние при общении с родственниками или с психиатрами, с врачами иного профиля (главным образом терапевтами и хирургами), от которых они требуют помощи, довольно откровенны; чаще при этом больные просят «укрепить сфинктер», настаивают на массаже, электропроцедурах или даже оперативном вмешательстве. Они просят также «полечить кишечник», «прекратить газообразование», «снять бродильные процессы». Иногда больные убеждают врачей и получают те или иные процедуры (массаж, фарадизацию промежности, свечи и т. д.), что только ухудшает их состояние (более подробно об этом — в главе о лечении).

«Самопомощь» больных сводится чаще всего к применению «специальной», собственного изобретения диеты (иногда

больные прибегают к полному голоданию), принятию пищи только стоя, во время ходьбы или лежа, бесконечным клизмам или приемам слабительных, «специальным массажем» и т. д. Кроме того, больные стараются как можно чаще ходить в туалет, иногда буквально обливаются духами или одеколоном, «чтобы хоть немного перебить запах», а одна больная даже сшила себе специальные «газонепроницаемые» трусы из клеенки. Бредовая или сверхценная убежденность в распространении неприятных запахов и особенно запаха кишечных газов, подобно патологическому убеждению в уродстве, нередко может колебаться в своей интенсивности; в некоторых случаях отмечаются периоды почти полного исчезновения этого синдрома, особенно на начальных стадиях заболевания. Очередному обострению может способствовать психотравмирующая ситуация (при волнении на людях, в компании молодого человека или девушки и т. д.).

Однако несмотря на явную тенденцию к колебаниям интенсивности, на выраженную волнообразность, в целом этот синдром характеризуется необычайно большой стойкостью и длительностью и в этом отношении значительно превосходит даже такой стойкий синдром, как собственно дисморфомания — патологическая убежденность в наличии физического уродства. Для иллюстрации вышеизложенного приводим соответствующие наблюдения.

Больной Н., 23 лет, студент. Поступил с жалобами на подавленное настроение «из-за ужасных запахов, исходящих от него» (которые появляются, когда он находится в окружении людей), общую слабость, временами плохой сон. Родился седьмым по счету в одной из стран Африки. Отца своего не помнит (отец умер, когда больному было 3 года). В живых из всех детей осталось еще две сестры. Сестры и мать больного психически здоровы. В детстве больной перенес коклюш, скарлатину, дизентерию. В дошкольном и школьном возрасте отмечались приступы резких болей в кишечнике, сопровождавшиеся обмороками. В это же время страдал гельминтозом. Постепенно боли прошли. Рос и развивался нормально. Учился хорошо. После окончания средней школы у себя на родине приехал на учебу в СССР. По характеру до болезни был жизнерадостным, решительным, энергичным.

В возрасте 18 лет во время занятий внезапно почувствовал запах кишечных газов. Не придавал этому значения. Затем периодически в общественных местах ощущал такой же запах, но полагал, что он исходит от других. В период летних каникул, совершая прогулку на пароходе, «вдруг

понял», что «эти ужасные запахи» исходят от него. Но этот раз никаких запахов не ощущал, а убедился в этом по реакции людей: стоило только ему появиться где-нибудь, как окружающие «тут же отворачивались, брались за носы, дергали носами». С этого времени, находясь среди людей, «думал только о запахах», был уверен, что все его за это презируют, смеются за его спиной.

Перестал ходить на лекции, отказался от посещения кино и театра, по возможности старался меньше ездить в общественном транспорте. При необходимости куда-либо поехать пользовался такси. В одиночестве запахов обычно не ощущал, но настроение было очень подавленным. Первое время часто видел сны одного и того же содержания: «много людей кругом и от меня пахнет». Обратился к терапевтам, которые при самом тщательном обследовании никакой патологии со стороны внутренних органов не выявили и в конце концов Направили больного к психиатрам.

Вскоре посетил районный диспансер. Помимо жалоб на непроизвольное отхождение кишечных газов, отмечал также повышенную утомляемость, сонливость, головные боли, раздражительность. Сообщил, что все это появилось приблизительно полгода назад. Жаловался также, что ему намного труднее, чем прежде, стала даваться учеба. Никакой критики к своим болезненным высказываниям не обнаруживал, уверял, что у него «последствия дизентерии», «слабый сфинктер» и у психиатров ему делать нечего. Категорически отказывался от лечения и затем в течение целого года тщательно избегал психиатров. Через год сам пришел в диспансер и, несмотря на прежнюю убежденность в наличии «последствий дизентерии», стал просить о помощи. Жаловался на еще большую утомляемость и раздражительность. На этот раз начал аккуратно принимать лечение (андаксин и амитал-кофеиновое растормаживание). Сразу после приема лекарства чувствовал заметное улучшение, однако это было только в течение нескольких часов. Часто спрашивал врача, не целесообразнее ли было бы присоединить еще «какую-либо терапию кишечника».

Через 2 года явился к врачу в раздраженно-зломном настроении и сообщил, что готов убить студентов своего курса за «постоянные издевательства» над ним: «все время они носами дергают и носовые платки при мне вытаскивают, я кого-нибудь из них ножом зарежу». Был стационарирован.

Со стороны соматической и неврологической сферы

никакой патологии не обнаружено. Психический статус: полностью ориентирован, контактен. Охотно рассказывает о себе, ищет помощи, однако тут же заявляет, что психиатры вряд ли ему помогут. Настроение подавленное, временами злобное. Уверен, что является источником неприятных запахов («кишечник неправильно работает», «сфинктер слабый») и что окружающим крайне неприятно его присутствие. Прямо ему об этом никто не говорит, но «все носами дергают, платки вынимают, демонстративно окна открывают». Сам в настоящее время запахов не ощущает, но твердо убежден в их наличии: «поведение окружающих — хороший индикатор». При этом сообщает, что иногда после «намеков» окружающих и сам начинает ощущать запах, иногда же никаких запахов так и не чувствует, хотя твердо убежден, что распространяет их. Очень обеспокоен своими «плохими» взаимоотношениями с людьми, по поводу же собственного состояния организма никаких особых беспокойств не выявляет — «надо лечить, чтобы я мог жить, как все», а однажды заявил: «был бы я Робинзон, тогда не плакал бы».

Не поддается никаким разубеждениям, держится в стороне от больных, в столовую идет только тогда, когда там никого нет. Сообщил, что у него стал совсем другой характер: «скучный теперь». Суицидальных мыслей не высказывает, но часто говорит о том, что жить ему «с таким дефектом» очень трудно. Никаких формальных нарушений мышления не отмечено, память — без видимой патологии.

Лечился аминазином, стелазинном, получал амитал-кофеиновое растормаживание. Выписан с поддерживающими дозами стелазина.

К концу пребывания в больнице заметно улучшилось настроение. Запахов периодами совсем не ощущал и иногда даже допускал мысль, что «все это, может быть, и казалось».

Однако по данным катамнеза вскоре после выписки вновь стал ощущать те же неприятные запахи, появилось твердое убеждение в насмешливо-презрительном или даже злобном отношении к нему окружающих; уверен, что окружающие, особенно студенты, сторонятся и избегают его.

Лечился амбулаторно амитал-кофеиновым растормаживанием и стелазинном, последнее лекарство принимал неохотно. Часто выражал сомнение в правильности врачебной тактики в отношении его состояния; обнаруживал заметное эмоциональное

оскудение.

Психопатологическая симптоматика в данном наблюдении составляет характерный комплекс, состоящий из идей недержания газов, тесным образом связанных с ними идей отношения и подавленного настроения.

У этого больного, объясняющего недержание газов «неправильной работой кишечника» и «слабостью сфинктера», в течение всего периода наблюдения (5/2 года) никаких телесных сенсаций (в виде, например, неприятных ощущений в кишечнике и т. д.) обнаружить не удалось.

Бред у данного больного несомненно имел ипохондрическую окраску, однако необходимо обратить внимание на то, что больного на протяжении всего времени наблюдения за ним гораздо больше волновала не предполагаемая им болезнь кишечника, а невозможность быть в обществе, и его заявления о необходимости лечить кишечник были вызваны главным образом желанием избавиться от «дефекта», с которым ему «трудно жить». Именно в этом выражается своеобразие синдрома недержания газов: несмотря на ипохондрическую окраску его («неправильная работа кишечника»), доминирующим переживанием больного является все же не тревога за свое здоровье, не беспокойство по поводу самой болезни, а те «трудности» во взаимоотношениях с окружающими, которые эта «болезнь» якобы вызывает. Многократное обращение к терапевтам продиктовано в данном случае именно стремлением избавиться от «дефекта», а не беспокойством за состояние своего здоровья.

Таким образом, и у этого больного, подобно больным с убежденностью в «физическом уродстве», отмечается упорное стремление получить активную помощь, причем беспокоит больного не только и не столько сама «болезнь», сколько дискомфорт, мешающий нормальному общению с окружающими людьми. Эти особенности синдрома не позволяют расценивать его как чисто ипохондрический, хотя выраженный ипохондрический компонент в этом синдроме и имеется.

Труднее всего квалифицировать жалобы больного на наличие неприятного запаха. Если даже предположить, что в начале заболевания и имели место истинные обонятельные галлюцинации, то в дальнейшем подобные переживания больше напоминают либо просто бредовое толкование окружающего («поведение окружающих — хороший индикатор»), либо аффектогенные галлюцинации, когда больной только на людях, на высоте переживаний,

«после соответствующих намеков» и сам начинал «ощущать запах».

Не касаясь подробно нозологической характеристики (этому вопросу посвящены специальные разделы), мы все же считаем необходимым в данном случае отметить такие, хотя и неярко выраженные, негативные признаки, как снижение работоспособности и нарастание эмоционального оскудения. Наличие подобной симптоматики заставляет думать о шизофреническом процессе, проявившемся изолированным и очень четко очерченным синдромом «недержания кишечных газов».

Как уже отмечалось, клиническая картина заболевания, начинавшегося с возникновения синдрома «недержания газов», может быть очень сходной у разных больных. Для иллюстрации приводим выдержку из самоописания больной И., 18 лет, медицинской сестры, которая характеризует свое состояние совершенно таким же образом, как в приведенном выше наблюдении это делал студент из Африки.

«В таком состоянии, как сейчас, мне очень трудно жить: у меня после дизентерии часто пучит живот, непроизвольно выделяются газы и.. от меня несет зловонием. Сама я этот запах чувствую не всегда, но всегда про это знаю. Чувствую себя такой отвратительной, что опускаются руки и ничего не хочется делать Мне очень трудно быть среди людей, им ведь неприятно быть со мной из-за того, что от меня несет зловонием. Если я иду в магазин, то всегда смотрю, где нет людей, чтобы мне не стоять долго. Я беру продукты не там^ где они лучше, а там, где нет народу, хотя это и не те продукты которые мне нужны. Если надо ехать в метро или в автобусе, я чувствую ужасное напряжение, сажусь всегда подальше от людей, а если народу много и приходится ехать среди людей, то я ужасно устаю от напряжения, выхожу из вагона разбитой, усталой, прихожу домой и ложусь в постель, ничего уже в это время делать не могу. Я ни с кем не обращаюсь, ко мне никто не ходит, и я ни к кому не хожу. Ведь если я даже выхожу в кухню, то жильцы сейчас же начинают говорить про плохой воздух, открывают форточку или даже окно, сморкаются, носами дергают. Я начинаю ужасно волноваться, с напряжением всматриваюсь в их лица, понимаю, что это они говорят про меня и смеются надо мной. Я сразу же ухожу к себе, мне так тяжело, что даже жить не хочется».

запахов.

**юношеском
возрасте**
Коркина М.В.

Нет надобности говорить о том, какое громадное значение имеет раннее распознавание болезни. Это в полной мере относится и к заболеваниям, проявляющимся синдромом дисморфомании, тем более, что больные с этим синдромом чрезвычайно склонны к диссимуляции. Ввиду этого, а также в связи с другими особенностями рассматриваемого синдрома больные с патологической убежденностью в каком-то физическом дефекте чаще всего попадают под наблюдение психиатров далеко не сразу.

Между тем раннее наблюдение психиатра необходимо не только по чисто медицинским показаниям (наличие психического расстройства), но нередко (ввиду склонности таких больных к суицидальным намерениям) и по так называемым жизненным показаниям. Все это делает очень важным как можно более раннее диагностирование.

Существенным объективным признаком является, во-первых, своеобразное поведение больных: они уединяются, избегают общества, перестают посещать занятия в школе или институте. В связи с этим весьма вероятно, что какая-то часть больных с психопатологическими нарушениями, описываемыми как «фобия школы» или «фобия колледжа» [Ковалев В. В., 1979; Takagi R., 1963; Hodgman C., Braman A., 1965; Berg I., Butler A., Hall G., 1976 и др.], относится именно к больным с убежденностью в физическом дефекте.

В некоторых случаях распознаванию имеющихся расстройств может помочь творчество больных и особенно их рисунки, отражающие «больную» тему; в этих рисунках больные изображают глаза, нос, уши, губы (ту часть тела, которая, по их мнению, имеет уродливое строение) чаще всего в «идеальном» виде. У ряда больных рисунок той или иной части тела был представлен многократно повторяемыми стереотипными изображениями, иногда при этом прилагался и «математический расчет нарушения пропорций». Наряду с основной симптоматикой анализ творчества больных может иметь определенное диагностическое значение [Карпов П. И., 1926; Гиляровский В. А., 1954; Бабаян Э. А., Морозов Г. В., Морковкин В. М., Смулевич А. Б., 1982; Jakab J., 1956; Rennert, 1965; Tyszkiewicz M., 1980 и др.], что в полной мере относится и к больным с синдромом дисморфомании.

В наших наблюдениях имеет место и объективно отмечаемая психопатологическая симптоматика, обнаружение которой очень существенно для правильной диагностики. Это так называемые симптом зеркала и симптом фотографии.

Ввиду их клинической значимости остановимся на характеристике каждого из них в отдельности.

Симптом зеркала

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Еще Е. Morselli (1894), описывая больных с дисморфобией, отмечал, что «все они целый день стоят перед зеркалом и смотрят, осталось ли их лицо точно таким же, как всегда, не сдвинулся ли их нос, не уменьшился ли лоб и т. д.». Несколько позднее Е. Mendel (1904) упоминает о том, что при рассматривании себя в зеркале «контуры собственного тела принимают иногда для больного иную форму».

Первой специальной работой на эту тему является исследование Р. Abely (1930). В статье «Симптом зеркала при психозах и более специально при деменции прекокс» автор, указывая, что почти одновременно и независимо от него этот феномен в рамках той же самой деменции прекокс охарактеризовал А. Delmas, относит симптом зеркала к числу «малых признаков раннего слабоумия» и подчеркивает, что часто это лишь внешнее выражение переживаний больного, тщательно им скрываемых. Помимо раннего слабоумия (из 30 больных у 22), Р. Abely описал этот симптом еще у 6 больных с пресенильной меланхолией, у одного — с «хронической манией» и у одного больного психастенией с «явлениями навязчивости». Автор считает, что этот симптом более характерен для мужчин. Р. Abely указывает, в частности, что этот симптом может появиться при наличии нарушений восприятия и неприятных ощущений, вызванных кажущимися изменениями тела.

Вскоре после Р. Abely специальную работу этой теме посвятил П. А. Останков (1934), также считавший симптом зеркала характерным для начала раннего слабоумия, когда он имеет большое значение — и диагностическое, и практическое. Подчеркивая возникновение симптома зеркала в начальном периоде болезни, П. А. Останков отмечает, что этот симптом «большой частью здесь связан с ипохондрическими бредовыми идеями об изменении собственного тела, происходящем то от мнимого заражения сифилисом, то от изменения строения лица от непонятных для больных причин»¹. Описывая здесь по сути бред физического недостатка, П. А. Останков не дает ему лишь соответствующего определения.

Следующей работой, специально посвященной симптому зеркала, была статья Н. Knoos (1937). Суммируя литературные данные, автор отмечает наиболее частое описание симптома

зеркала в начальной стадии шизофрении и исчезновение его в «стационарной стадии». Сама Н. Кноос, подчеркивая стойкость симптома зеркала, не считает его специфичным симптомом для какого-то определенного психического заболевания. В то же время автор говорит о значимости этого симптома, на который «не обращают надлежащего внимания».

Многие авторы, дававшие клиническую характеристику собственно дисморфофобии, попутно описывали и симптом зеркала [Резник Р. И., 1935; Новлянская К. А., 1960; Коркина М. В., 1961; 1979; Вагина Г. С., 1966; Морозов П. В., 1977; Dosuzkov B., 1962; Finkelstein B., 1963; Szydik H., Hryniewicz L., 1964; Alliez J., Robion M., 1969; и др.].

По нашим данным, симптом зеркала является очень частым феноменом (нами он отмечен у 78 % наблюдаемых больных) при патологической убежденности в наличии какого-то физического недостатка. Больные не только много времени уделяют подробному рассматриванию своего «дефекта», но и стараются «подыскивать» наиболее удачное, по их мнению, выражение лица, соответствующую позу или походку, чтобы по возможности скрыть свой мнимый недостаток или сделать его менее заметным. Так, больной с убежденностью в наличии «безобразно впалых щек» надувал их перед зеркалом; другой больной, считавший, напротив, что у него «уродливо выпирающие» щеки, старался их втягивать. Подобное «целенаправленное» гримасничанье можно было отметить и в ряде других наблюдений.

Многие больные подробно изучают свое лицо еще и для того, чтобы «лучше уяснить себе», какая именно «коррекция» им требуется и как ее лучше осуществить. Обращаясь затем к хирургам, они подчас описывают самым подробным образом, какую складку кожи им следует подрезать, какой именно формы нос сделать и т. д. Так, больной с убежденностью в наличии «уродливых жирных Щек» слепил из пластилина головку и принес ее «для образца» в Институт косметологии, заявив при этом, что в результате тщательного изучения своего лица в зеркале он «в деталях» знает, какой у него недостаток и как его надо исправить.

Некоторые больные не могут вообще находиться без зеркала, носят его всегда с собой и даже ночью кладут под подушку, а иногда и на работе не расстаются с ним, как было, например, с больным Ж., по специальности слесарем, который, по заявлению мастера, «все время в одной руке держал инструмент, в другой — зеркало».

Не имея возможности постоянно рассматривать себя в зеркале, многие больные стараются использовать для этого

любую сколько-нибудь отражающую поверхность — стекло витрины, книжного шкафа или телефонной будки, никелированную крышку сахарницы, чайник и т. д.

Многие больные специально рассматривают себя при разной погоде, при различном освещении (в пасмурную погоду, в дождь, на солнце, в сумерках, при электрическом освещении различной интенсивности и т. д.), чтобы знать, когда именно их «физический недостаток» наиболее заметен и как им, будучи среди людей, «выгоднее» в зависимости от освещения сесть или встать.

При патологической убежденности в наличии физического уродства мужчины или юноши рассматривают себя в зеркале не реже, а подчас и гораздо более тщательно, чем девушки или женщины. Вместе с тем следует помнить, что чрезвычайная склонность больных с синдромом дисморфомании к диссимуляции распространяется и на симптом зеркала, благодаря чему такие больные чаще всего стараются рассматривать себя украдкой, тайком от окружающих, в те периоды, когда, как они полагают, никто на них не смотрит. Так же неохотно они сознаются в этом.

Именно поэтому при собирании анамнеза необходимо расспрашивать о симптоме зеркала самым активным и настойчивым образом не только больных, но особенно их близких родственников.

Помимо положительного симптома зеркала, у части больных с патологической убежденностью в наличии физического уродства можно было, напротив, отметить резко негативное отношение к зеркалу. Эти больные самым тщательным образом избегали даже мимолетного взгляда в зеркало, чтобы, по выражению одной из них, «не видеть лишний раз свой нос бабы-яги во всей красе». Они требовали убрать из дома все зеркала, отворачивались от любой отражающей поверхности, старались как можно реже шить или покупать новую одежду, чтобы не было лишнего повода стоять перед зеркалом и «видеть свою образину». Такой отрицательный симптом зеркала, встречаясь и у больных пубертатного и юношеского возраста, все же более характерен для лиц старшего возраста. Г. С. Вагина (1977), изучая особенности бреда физического недостатка у больных позднего возраста (от 50 до 75 лет), отметила у них отрицательный симптом зеркала.

По нашим наблюдениям, симптом зеркала особенно часто встречается у больных с синдромом дисморфомании на первых этапах заболевания, когда наиболее ярко выражены идеи отношения и стремление «исправить недостаток».

Необходимо отметить, что симптом зеркала нуждается в отграничении от так называемого рефлекторного симптома зеркала — стремления к рассматриванию себя в зеркале, которое имеет место у слабоумных больных, пассивно привлекаемых видом зеркальной поверхности, равно как и других блестящих поверхностей. Сюда относится рефлекторный симптом зеркала, описанный П. А. Останковым (1934) у больных с паралитическим слабоумием, симптом зеркала, отмечаемый у больных сенильной деменцией [Knoos H., 1937] или болезнью Альцгеймера [Mayer-Gross W., Slater E., Roth M., 1960]. Для дифференциации с подобным феноменом симптом зеркала, имеющий прямое отношение к синдрому дисморфомании, было бы более целесообразно называть по имени авторов, впервые описавших его, симптомом Абели — Дельма.

Симптом фотографии

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

У многих больных наряду с симптомом зеркала отмечался феномен, описанный нами впервые [Коркина М. В., 1959], который можно назвать «симптомом фотографии». В этих случаях больные, добиваясь косметической операции, как неопровержимое доказательство «уродства» предъявляют собственную фотографию, уверяя, что именно «в статическом виде» их «дефект» гораздо отчетливее выражен и поэтому наиболее заметен.

По этим же мотивам некоторые больные упорно отказываются от фотографирования даже на необходимые документы, «чтобы не запечатлеть своего безобразия», испытывая из-за этого множество неудобств. Так, один больной, несмотря на многочисленные штрафы, все-таки отказывался от получения паспорта в связи с необходимостью фотографироваться; другая больная наклеила на студенческий билет фотографию своей сестры; третья, также из-за страха перед фотографированием, приложила к важному служебному документу уже выцветший снимок многолетней давности.

При невозможности отказаться от фотографирования (например, при групповом фотографировании после окончания школы) больные прибегают к различным уловкам: стараются спрятаться за кого-либо, специально двигаться, чтобы «лицо вышло смазанным», в случае же четкого изображения своего лица замазывают его или вырезают.

Однако откровенны и в этом отношении больные чаще всего только с косметологами: именно им они приносят иногда целую пачку фотографий, чтобы «убедить в своей правоте» и добиться желаемого оперативного вмешательства. Несколько фотографий различной давности больные приносят в том случае, если связывают «появление уродства» с каким-нибудь периодом своей жизни. Например, считая, что «уродство» появилось в 8—9-м классе, а раньше лицо было «как у всех» или даже «очень красивое», такие больные специально приносят фотографические снимки разных лет, чтобы показать, «что было и что стало».

Констатируя у многих наблюдаемых нами больных симптом фотографии, мы в то же время не нашли в литературе описания подобного отношения к своим фотографиям у больных с синдромом дисморфомании.

В вышедшей в 1956 г. работе Н. Faure (1956) «Бредовое искажение собственного образа», являющейся, по выражению Н. Еу (1956), «богатой жатвой фактов», представлены различные варианты отношения больных к своему образу, к своей фотографии. Отмечая, что «испытание фотографией» имеет практическое значение, в частности, для «раскрытия невысказанного бреда», автор в основном разбирает три вида реакции больного на свое фотографическое изображение: высказывание идей колдовства, одушевление изображения (вера в анимизм) и «отнятие жизни от образа» путем фотографирования. Ничего подобного тому, что мы наблюдали у наших больных (твердая убежденность, что фотографический снимок обнаруживает «уродство» еще в большей степени, чем обычное рассматривание лица, и «фиксирует на долгие времена»), нам в этой обширной работе обнаружить не удалось. Несмотря на то что автор описывает одну больную, которая противопоставляла свои прежние фотографии настоящим и находила заметные изменения, Н. Faure никаких объяснений этому факту не дает и тем более никак его не связывает с дисморфоманией.

О страхе «быть сфотографированным» (так же, как «быть увиденным») у больных с «дисморфической тревогой» в последнее время писали М. Peruchon, J. — М. Destruhaut, J. — М. Legar (1981).

Ввиду того что больные с симптомом фотографии очень откровенны только с косметологами, активного вмешательства которых добиваются, и значительно менее откровенны с психиатрами, для выявления этого симптома, так же как и для обнаружения симптома Абели

— Дельма, необходимо самое активное расспрашивание в этом направлении не только больных, но и их близких.

***Синтропия синдрома
дисморфомании с другими
психопатологическими
расстройствами***

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**

Коркина М.В.

Известно, что в психопатологии существует определенное «содружество» или, наоборот, взаимоисключаемость различных синдромов, иными словами, их синтропия, дистропия или нейтральность одного синдрома по отношению к другому. Это особенно демонстративно было показано О. В. Кербиковым (1947) при статистической обработке историй болезни 11 186 больных.

Мы могли отметить «содружество» синдрома дисморфомании с такими явлениями, как деперсонализация, сенестопатии и определенные патологические черты характера. Ввиду различной нозологической принадлежности наблюдаемых нами синдромологических «альянсов» остановимся на каждом из них в отдельности.

***Синдром дисморфомании и
психопатизация личности***

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**

Коркина М.В.

Независимо от нозологической принадлежности синдрома дисморфомании отмечается определенная его синтропия с патологическими чертами характера (при патологической убежденности в наличии физического уродства такая синтропия отмечалась у 73 % больных, при болезненной уверенности в распространении неприятных запахов — у 57,7 %).

В этом синдромологическом сочетании, несколько схематизируя, можно отметить альтернативную закономерность: либо синдром дисморфомании возникал на фоне уже имеющих патологических черт характера, а еще чаще — при акцентуации его, либо психопатизация наступала позже, присоединяясь через тот или иной промежуток времени к синдрому дисморфомании. Как в первом, так и во втором вариантах патогенетические механизмы могут быть различными в зависимости от нозологической принадлежности синдрома. В группе

больных с пограничными психическими расстройствами эго может быть либо патологическое сверхценное реагирование больного на имеющийся незначительный физический дефект, либо психогенно обусловленное психопатическое развитие личности.

В клинике шизофрении возникновение психопатоподобного состояния имеет совершенно иные механизмы: в одних случаях — это лишь временная реакция процессуального характера, звено в последовательной смене синдромов, этап, предшествующий дисморфомании или возникающий на ее фоне, либо сменяющий ее, в других (при особенно грубой и резко выраженной картине психопатоподобного поведения) — проявление шизофренической негативной и уже стойкой симптоматики.

Более подробно на нозологических особенностях синдромальной синтропии мы остановимся в соответствующих главах, здесь же лишь подчеркнем клинически четко выраженное родство синдрома дисморфомании с патологическими чертами личности.

Синдром дисморфомании и деперсонализация

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**
Коркина М.В.

Содружество этих психопатологических феноменов мы на нашем материале наблюдали только в клинике шизофрении и всегда в определенном порядке: деперсонализационные явления (образно называемые в последнее время «синдромом Алисы в стране чудес») присоединялись позже, хотя и через разный промежуток времени — от нескольких месяцев до нескольких лет.

Синтропию синдрома дисморфомании и деперсонализации у больных шизофренией можно было отметить в 28 % наблюдений при убежденности в «уродстве» и в 5,2 % наблюдений — при уверенности в «распространении запахов». Степень выраженности самих деперсонализационных расстройств была различной — от мимолетных жалоб до стойких нарушений самосознания.

При этом больше чем у половины больных (57,5 %) деперсонализационные нарушения сочетались с дереализационными, что, как известно, бывает весьма нередко.

Еще в клинических наблюдениях отоларинголога

М. Krishaber (1872, 1873), описанных им под названием цереброкардиальной невропатии, наряду с теми явлениями, которые позднее получили определение деперсонализационных расстройств [L. Dugas, 1898], дана характеристика и своеобразных расстройств перцепции, позднее названных дереализацией [E. Mapother, W. Mayer—Gross — цит по W. Mayer—Gross, 1935; W. Mayer—Gross, Slater E., Roth M., 1960].

В работе L. Dugas, автора термина деперсонализация, по сути вместе с ней описана также и дереализация, но без какого-либо терминологического определения.

С появлением деперсонализации нередко можно было отметить своеобразную динамику, определенное колебание интенсивности синдрома дисморфофобии, преобладание в клинике то деперсонализационных, то дисморфоманических расстройств. Значительно реже отмечалось как бы сосуществование этих двух синдромов (особенно дисморфомании и дереализации) без выраженных колебаний интенсивности того или другого.

Синтропия (и особенно длительная) дисморфомании с деперсонализационными и тем более с деперсонализационно-дереализационными расстройствами весьма значима в диагностическом плане, так как, подобно рудиментарным идеям физического недостатка, отдельные проявления деперсонализации и дереализации могут эпизодически встречаться и у здоровых людей, особенно в состоянии волнения, усталости, перенапряжения [Меграбян А. А., 1962; Григорьева Е. А., 1970; Нуллер Ю. Л., 1981; Saperstein J. Z., 1949; Roberts W. W., 1960 и др.].

Автор специального исследования в этой области А. А. Меграбян, характеризуя феномены психического отчуждения «в обыденной жизни человека», пишет, что «преходящие легкие степени дереализации» он чаще отмечал «У подростков в пубертатном периоде».

Ю. Л. Нуллер, также специально изучавший деперсонализацию, подчеркивает, что она, как правило, возникает У лиц, преморбидно «тревожно-впечатлительных», «гиперэмоциональных».

Учитывая возможность появления как рудиментов дисморфомании, так и эпизодов деперсонализации и дереализации у здоровых подростков и лиц юношеского возраста, особенно важно своевременно диагностировать синтропию этих явлений, особенно длительно существующих, что свидетельствует о патологическом характере этих

переживаний.

Синдром дисморфомании и сенестопатии

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Синтропия этих нарушений встречается как в клинике пограничных состояний, так и при шизофрении.

Сенестопатий (обычно локального характера) могут либо предшествовать появлению синдрома дисморфомании, либо возникать вслед за ним. Большие различия здесь существуют между синдромом дисморфомании в собственном смысле (убежденность в «уродстве») и синдромом распространения неприятных запахов, что отчетливо выражено в следующих данных: среди больных с убежденностью в наличии «уродства» локальные сенестопатий отмечались у 22,9 % больных; среди больных с убежденностью в распространении неприятных запахов локальные сенестопатий имели место у 80,8 % больных, возникнув во всех наблюдениях одновременно с основным синдромом.

Сенестопатий (соматопсихические ощущения), описанные в начале нашего века Е. Dupre и Р. Camus, стали особенно интенсивно изучаться в последнее время [Ануфриев А. К., 1963; Эглитис И. Р., 1976; Басов А. М., 1981; Суворов А. К., 1983; J. J. Lopez—Ibor, 1972 и др.].

Телесные сенсации при дисморфомании чаще всего имеют локальный характер, и обычно описание их приводится больными как доказательство истинности уродства: «нос красный, я это не только в зеркале вижу, но и чувствую по ощущению тепла и жжения в нем», «щеки выпирают дальше носа, я чувствую, как они раздуты» и т. д. Особенностью сенестопатий при этом чаще всего является появление их или обострение в то время, когда больные вынуждены быть в обществе, на людях. В наиболее выраженной степени это касается больных с убежденностью в распространении запаха кишечных газов.

У большинства из них телесные сенсации локализуются в области прямой кишки, анального отверстия, внутренней поверхности бедер: «чувствую, как газы отходят и струятся по ногам», «жжение в заднем проходе появляется», «кишки, особенно в самом низу, раздуваются» и т. д. Примечательно, что у большинства больных эти мучительные для них ощущения появляются (значительно

интенсивнее, чем у убежденных в каком-либо уродстве) в обществе, на людях, на высоте тревоги и беспокойства по поводу того, что «все чувствуют этот запах и презирают» их.

По классификации А. К. Суворова (1983), локальные психосоматические ощущения у наблюдаемых нами больных больше всего напоминали барические, алготермические и динамические типы сенестопатий, однако в отличие от данных автора эти последние (динамические) возникали не при незначительной тревоге, а при выраженной. Встречаются у больных с дисморфомией и диффузные сенестопатии, но и они, за небольшим исключением, связаны с фабулой бреда уродства (например, больная с убежденностью в излишней полноте заявляет: «Чувствую всем телом, что жир стягивает меня, как узкая перчатка руку»).

В небольшом числе наблюдений диффузные сенсации у больных с дисморфомией не были связаны с бредовой тематикой и, как правило, особенно на ранних этапах болезни, не привлекали к себе их внимания, а выявлялись лишь при настойчивом расспросе.

Глава III. Синдром дисморфомании в клинике пограничных состояний

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Известное своеобразие синдрома дисморфомании заключается в том, что здесь подчас бывает очень трудно провести резкую границу, выявить четкие различия между болезненной убежденностью в наличии физического недостатка и обычным человеческим реагированием на свою внешность (ее несоответствие общепринятым или личным идеалам красоты).

Иными словами, синдром дисморфомании может вплотную примыкать к обычной личностной реакции недовольства своей внешностью, с одной стороны, и к реакции (нередко очень выраженной) в ответ на действительно имеющийся физический недостаток — с другой.

Ряд исследователей [Новлянская К. А., 1960; Коркина М. В., 1968; Личко А. Е., 1979; Dietrich H., 1962; Kohlmeyer K, 1964; Tomkiewicz S., Finder J., 1966, 1967, 1971, и др.] указывают на возможность возникновения

дисморфофобии (дисморфомании) и в норме.

К. А. Новлянская (1960) пишет о развитии дисморфофобии как преходящего, рудиментарного образования у психически здоровых подростков. Н. Dietrich (1962) рассматривает указанный синдром как проявление пубертатного или юношеского криза развития. Подобной точки зрения придерживается и К. Kohlmeyer (1964), подчеркивающий особую значимость в юношеском возрасте действительных или мнимых дефектов внешности для оценки собственной личности и утверждающий, что появлению дисморфофобии могут способствовать «не только психотические, но и чисто возрастные колебания темперамента». S. Tomkiewicz и J. Finder даже употребляют термин «физиологическая дисморфофобия», а А. Е. Личко (1979) отмечает, что подобные явления могут встречаться как преходящие у здоровых подростков, особенно при наличии сензитивной акцентуации.

Весьма интересны в этом плане самоописания ряда известных людей. Лев Толстой, в частности, писал: «... на меня часто находили минуты отчаяния: я воображал, что нет счастья на земле для человека с таким широким носом, толстыми губами и маленькими серыми глазами, как я; я просил бога сделать чудо — превратить меня в красавца, и все, что имел в настоящем, все, что я мог иметь в будущем, я все бы отдал за красивое лицо».

Марина Цветаева говорила о себе: «... я, такая беспощадная к своей внешней самооценке, так стыдившаяся своей некрасоты...».

Психологические исследования, проведенные нашим сотрудником психологом Б. В. Нечипоровым (1982), также показали возможность появления недовольства той или иной чертой своей внешности у психически здоровых подростков и лиц юношеского возраста. Автором было исследовано 80 человек: 50 школьников 8—10 классов одной из московских среднеобразовательных школ и 30 студентов одного из вузов. При этом низкая самооценка собственного внешнего облика выявилась у 12 человек. Недовольство касалось низкого роста, полной фигуры, цвета кожи, формы носа, размера глаз и т. д., но ни у кого из них эта заниженная оценка своей внешности не превалировала в системе жизненных ценностей. У 4 исследуемых в возрасте 15—18 лет отмечались рудиментарные дисморфоманические переживания, однако и они не принимали доминирующего характера, не влекли за собой каких-либо заметных особенностей поведения и не мешали достаточно хорошей социальной

адаптации. Важно отметить, что у всех этих 16 испытуемых низкая самооценка внешности не приводила к занижению самооценки по другим шкалам.

Таким образом недовольство той или иной частью своей внешности, довольно нередко встречающееся у психически здоровых людей, не несет на себе хотя бы какого-то отпечатка болезненности и обычно в значительной степени перекрывается актуальными жизненными ценностями. Рудиментарные идеи физического недостатка, возникающие у здоровых подростков и лиц юношеского возраста, так же обычно не занимают в их сознании доминирующего положения, являясь к тому же нестойкими, преходящими. Учитывая эти данные, следует проявлять осторожность в установлении патологической природы недовольства своей внешностью. Для этого должен быть обнаружен весь

ранее описанный комплекс характерных симптомов, ибо, как известно, по одному лишь симптому диагноз ставить нельзя.

***К истории описания синдрома
дисморфомании (дисморфофобии)
в клинике пограничных состояний***

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**
Коркина М.В.

Авторы работ, опубликованных в конце XIX—начале XX столетия, описывали дисморфоманию только как проявление тех или иных неврозов, «психопатических конституций» у «дегенеративных» «неуравновешенных» личностей и т. д. [Осипов Н. Е., 1912; Суханов С. А., 1905, 1914; Morselli E., 1886, 1894; Kaan H., 1892; Dallemagne J., 1894; Hartenberg P., 1904; Janet P., 1910], в чем, конечно, сказывалось влияние определенных исторических условий развития психиатрии, известное несоответствие ряда диагностических критериев того времени и более поздних периодов.

Затем, как уже отмечалось, этого рода патология долгое время почти не привлекала к себе внимание исследователей, и изучение ее приобрело актуальность только в последние 30—40 лет и особенно в настоящее время.

Г. Е. Сухарева (1955—1974) характеризует описываемую патологию как разновидность затяжных патологических реакций пубертатного периода. V. Dosuzkova, B. Dosuzkov

(1947), В. Dosuzkov (1962, 1963) считают дисморфофобию частным проявлением «особого невротического состояния», «неврозом болезненной застенчивости», К. А. Новлянская (1960, 1964) — «одной из форм затяжных патологических реакций в пубертатном возрасте», «специфическим возрастным синдромом».

В. Finkelstein (1963) относит дисморфофобию к группе «обессивно-импульсивных состояний». Р. Hanaou (1964) полагает, что данное расстройство может быть «случайным болезненным эпизодом у аномальных личностей неврастенического и фобического типа». Th. Videbech (1966) характеризует дисморфофобию как «состояние декомпенсации у предрасположенных личностей». Изучая психопатии в подростковом и юношеском возрасте, В. А. Гурьева

(1971) описывает оформленную дисморфофобию (патологическую убежденность в наличии физической неполноценности, кататимные идеи отношения, пониженное настроение) у астенических личностей. Отграничивая клинику подростковых психопатий от вялотекущей психопатоподобной шизофрении, В. А. Гурьева, в частности, подчеркивает, что дисморфофобические переживания у больных шизофренией нередко «содержат сексуальный компонент и, как правило, сопровождаются симптомом зеркала». В. Kimura (1972) определяет дисморфофобию как разновидность «антропофобии». С. В. Немировская (1974), описывая дисморфофобию у подростков, отмечает, что в ряде случаев этот синдром входит в структуру реактивного состояния. А. Е. Личко (1979), помимо транзиторных реактивных подростковых дисморфофобий, выделяет также «эндореактивную подростковую дисморфоманию».

Однако, за небольшим исключением, описания этого синдрома в рамках пограничных состояний, к сожалению, почти не сопровождаются какими-либо указаниями на его специфичность, на какие-либо его нозологические особенности. Более того, некоторые авторы даже специально подчеркивают его «неспецифический характер» [Kohlmeyer K, 1964].

***Синдром дисморфомании
(дисморфофобии) при
акцентуациях характера и в
клинике психопатий.***

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте
Коркина М.В.**

Для возникновения дисморфомании (и значительно реже дисморфофобий) в клинике пограничных состояний необходимо два условия: наличие соответствующей «почвы» и «ключевых» (по Е. Кречмеру) психогенных воздействий.

Понятие «почвы» здесь включает в себя не только наличие самого важного фактора — определенного возрастного периода, но и соответствующих особенностей в виде акцентуаций характера или даже психопатических свойств личности. Кроме того, весьма способствует формированию дисморфоманических переживаний и также входит в суммарное понятие «почвы» дисгармоничность протекания пубертатной фазы, патология темпа полового созревания, ускорение или, напротив, задержка его [Сухарева Г. Е., 1955, 1959, 1974; Лебединская К. С., 1969; Лебединская К. С., Ротинян Н. С., Немировская С. В., 1970; Личко А. Е., 1979 и др.].

Особенностью психогенного воздействия при этом является его адресованность к наиболее уязвимым, именно для данной психической травмы, чертам характера (соотношение типа «ключа и замка»), возникновение болезненной реакции по так называемым психологически понятным связям.

В этом, как правило, обязательном созвучии «почвы» (причем чаще всего в усложненном, как уже было отмечено, ее понимании) и характера психогенных воздействий — одно из отличий дисморфомании из группы пограничных расстройств от дисморфомании процессуального генеза.

Психической травмой чаще всего является обидное замечание или употребление какого-либо прозвища, касающегося внешности, причем особой патогенностью эти насмешки обладают при присутствии сверстников и особенно лиц противоположного пола. Предметами насмешек или прозвищ при этом могут быть некоторые, не выходящие за пределы нормы, особенности внешности (несколько удлиненный нос, редкие или косо сидящие зубы, небольшой рост у юношей или довольно высокий у девушек и т. д.) либо же такие обыденные явления, как яркие веснушки, огненно рыжие волосы, юношеские угри и т. д.

Наше многолетнее динамическое наблюдение больных с синдромом дисморфомании позволило отнести в конечном итоге к группе пограничных нервно-психических расстройств 128 человек (первоначально группа состояла

из 159 человек, однако длительное непрерывное наблюдение дало все основания у 31 больного диагностировать в дальнейшем шизофрению). Из этих 128 у 21 человека были действительно выраженные физические недостатки, речь о них пойдет в следующем разделе. У остальных 107 анализ преморбидных особенностей показал, что выраженные психопатические черты в виде тревожности, мнительности, ранимости, застенчивости, пониженной самооценки имели место у 18 человек; истерические черты, эксплозивность, склонность к сверхценным образованиям отмечались у 28.

Акцентуации характера (по А. Е. Личко) имели место у 72 больных, преимущественно в виде сензитивности (33 человека) или психастенической акцентуации (19 человек). Истероидный тип акцентуации можно было отметить у 7 человек, шизоидный — у 5 и эпилептоидный — у 8. У лиц с акцентуацией характера начало заболевания падало в основном на период от 13 до 17 лет.

Только у 5 больных до возникновения описываемой патологии не удалось обнаружить никаких патологических черт: это были спокойные, уравновешенные, общительные люди.

У 50,6 % больных можно было отметить наличие вегетативной симптоматики в виде потливости, непереносимости температурных колебаний, стойкого дермографизма и т. д.

Первым ответом на психогенное воздействие обычно была либо личностная (при акцентуации характера), либо психопатическая (на фоне патологического склада характера) реакция. Однако независимо от типа реакции, фабулы переживаний и дальнейшей ее динамики она вначале всегда сопровождалась выраженной в той или иной степени тревогой. Отмечая этот факт, нельзя не согласиться с Ф. Б. Березиным (1967, 1971, 1980) в том, что любые проявления в рамках пограничных расстройств начинаются с симптомов так называемого тревожного ряда.

Что касается идей физического недостатка, то в группе больных с пограничными заболеваниями они чаще всего возникали в виде психогенных реакций. По синдромологической структуре это была та же триада, идеи физического недостатка в которой имели чаще всего неоднозначный характер, приближаясь то к навязчивым, то к сверхценным идеям. В зависимости от преобладания навязчивых или сверхценных образований подобные

реакции следует называть либо дисморфофобическими, либо дисморфоманическими.

Однако эти реакции обычно не были длительными и не «утяжеляли» сколько-нибудь основную «почву» — акцентуированность или патологический склад характера. Коротко приведем иллюстрацию:

Больной Б. наблюдался в течение 8 лет. Отец на работе — робкий, стеснительный, трудно привыкал к новому коллективу. Дома — строгий, с чертами деспотизма. Остальные родственники — без видимой патологии. Больной рос и развивался нормально, но уже в детском саду обнаруживал такие особенности, как обидчивость, ранимость, застенчивость. В то же время был очень отзывчивым и добрым. В школе хорошо учился, втайне писал стихи, в мечтах представляя себя большим поэтом. Со сверстниками сходилась трудно, не любил шумных компаний, но имел трех друзей, «которым был как брат». В 14-летнем возрасте в связи с кариесом зуба у больного какое-то время был запах изо рта, на что один из друзей довольно резко в присутствии товарищей сказал ему: «Выгреби свою помойку, а то девчонки от тебя без оглядки бегать будут». Кариозный зуб больной тут же залечил, но страх, что у него может снова появиться запах изо рта, не оставлял его. Понимая, что «запаха вроде бы быть не должно», все же постоянно опасался, что он «вдруг появится». Избегал общества девочек, при необходимости близко подойти к учителю старался дышать только через нос, отвечал, прикрывая рот рукой, отворачивался, «хотя понимал, что это смешно и глупо». В 10 классе получил записку с объяснением в любви от самой красивой девочки в классе. Первой реакцией был сильный испуг, «даже плакать захотелось», стал избегать встреч с этой одноклассницей. Однако, получив второе такое же послание, «пересилил себя» и пошел на назначенное свидание. Услышав от девочки, что он самый умный и красивый из всех десятиклассников, «не поверил, но было приятно». Через некоторое время, продолжая встречаться с этой девочкой, спросил, не находит ли она в нем каких-либо недостатков, отрицательный ответ просил повторить и в дальнейшем так делал много раз. Постепенно страх появления запаха изо рта исчез «как-то сам собой», хотя характерологические особенности в целом оставались прежними.

Реже (по нашим данным, в 32 % наблюдений) на фоне акцентуаций характера или психопатии возникало состояние, которое можно было назвать «реактивной дисморфоманией». Этим больным, по нашему мнению,

весьма соответствовало высказывание П. Б. Ганнушкина по поводу затяжных реактивных состояний: «Когда патологическая реакция на те или иные, жизненно затрагивающие интересы личности факты является более длительной, можно говорить о длительных реактивных состояниях в собственном смысле этого слова» [Ганнушкин П. Б., 1964, с. 195].

Клинические особенности этого реактивного состояния не позволяют отнести его ни к психогенной депрессии, ни к психогенному бредообразованию, хотя компоненты и того, и другого состояния входят в дисморфофобическую триаду. Длительное наблюдение за такими больными не дало оснований диагностировать у них и невроз навязчивых состояний с его характерной клиникой и динамикой [Ланите А. П., 1960; Асатиани Н. М., 1965—1980; Карвасарский Б. Д., 1969—1980; Свядощ А. М., 1959—1982; Липгарт Н. К., 1969—1980 и др.], хотя значительной части больных, особенно на первых порах, этот диагноз и ставился.

Наиболее правильным в отношении рассматриваемых больных является, вероятно, такое определение, как подростковая (или юношеская) реактивная дисморфомания.

Возникая реактивно, синдром дисморфомании представляет собой, как обычно, ту же типичную триаду (идеи уродства или «распространения запахов», идеи отношения, подавленное настроение); вместе с тем ему свойственны и некоторые особенности, связанные с клиническими проявлениями акцентуации характера (его «слабого звена») или картиной основного (облигатного) синдрома, определяющего ту или иную форму психопатий.

Иными словами, синдром дисморфомании, возникающий у этих лиц, относится к психопатологическим образованиям такого рода, появление которых теснейшим образом связано с основной симптоматикой «почвы»: пониженной самооценкой, сензитивностью, астеничностью тормозимых, эгоцентризмом истеричных, эмоциональной взрывчатостью, дисфоричностью возбудимых, склонностью к сверхценным идеям паранойяльных личностей.

Именно этой особенностью (тесной связью синдромогенеза с «почвой») можно, по-видимому, объяснить различное превалирование отдельных симптомов триады при разных типах акцентуированных характеров и формах психопатий: в триаде у тормозимых

и сензитивных личностей — большую значимость идей отношения, а у истеричных и возбудимых, так же как и у склонных к сверхценным образованиям,— главенствование в триаде идей физического недостатка.

П. Б. Ганнушкин, никогда не занимавшийся дисморфоманиями специально, тем не менее дал великолепную клиническую иллюстрацию возможности появления подобной симптоматики у психопатов-астеников, о которых он писал следующее: «Более сложную группу психопатов астенического склада образуют лица, главными чертами которых являются чрезмерная впечатлительность, с одной стороны, и резко выраженное чувство собственной недостаточности— с другой, в большей или меньшей степени присущее, впрочем, всем вообще астеникам.

Если у больных к тому же есть какие-нибудь телесные дефекты, неуклюжая моторика, недостаточно красивое лицо и др. или если они неожиданно попадают в среду, социально выше их стоящую, то их застенчивость легко переходит всякие границы, и у одних развивается крайняя робость и подозрительность (кажется, что окружающие следят за ним, критикуют его и смеются над ним), усиливается неловкость, появляется заикание, при ничтожном поводе выступает краска смущения на лице и т. д.».

При патологических особенностях характера, свойственных акцентуированным личностям и психопатам круга тормозимых, нередко оказывается достаточным даже незначительного реактивного момента (не говоря уже о тяжелой психической травме), чтобы на основе присущих им чувства собственной недостаточности и сензитивности возник выраженный синдром дисморфомании.

Критическое замечание кого-то по поводу внешности подростка, девушки и юноши, или общее замечание об испорченности воздуха, пренебрежение, выявленное к больному кем-то, неразделенная любовь и т. д.— все эти различные по своей значимости факторы могут резко усилить чувство собственной неполноценности, а обычную сензитивность довести до выраженного бреда отношения, сконцентрированного на мнимом или чрезвычайно преувеличиваемом физическом недостатке. И без того тяготящиеся обществом, эти больные с развитием синдрома дисморфомании становятся еще более замкнутыми и необщительными, а обычная склонность к пониженному настроению переходит в таком случае в

выраженную, стойкую депрессию. Помимо превалирования в триаде не собственно идей физического недостатка, а идей отношения, для синдрома дисморфомании, возникшего у этих больных, характерна еще одна особенность: значительно меньшая активность в стремлении к «исправлению» мнимого недостатка. Хотя они так же много, как и все другие, раздумывают над возможностью «коррекции», строят различные планы в этом отношении, но при первой же «неудаче» (например, отказе в косметической операции) они перестают предпринимать какие-либо действия, «смиряются», отказываются «от бесплодной борьбы за красоту и счастье», хотя и много думают об этом, заменяя нередко реальные попытки мечтами и фантазиями на эту тему. «Я только мечтаю о том, как было бы замечательно исправить мой уродливый нос и как тогда все было бы прекрасно», — писала нам одна из таких больных. «В мечтах я красив, все наоборот с действительностью», — заявлял другой.

Действительные (и при том самые разнообразные) жизненные неприятности у этих больных обычно способствовали усилению выраженности синдрома дисморфомании. Более того, больные нередко были склонны происхождение этих неприятностей приписывать именно своему «дефекту», все свои неудачи (неуспехи в делах, неудачи в личной жизни, брошенную учебу и т. д.) объяснять именно этим «дефектом» («кому такое человеческое недоразумение понравится», «людям противно быть рядом со мной», «только об этом и думаю, руки опускаются» и т. д.).

У истериков и возбудимых (по нашим данным, синдром дисморфомании чаще всего формируется при одновременном существовании истерических черт и взрывчатости, нередко на фоне общей переоценки своей личности, у «ищущих признания») возникновение описываемого синдрома обычно также связано с реактивными моментами, чаще всего в виде каких-то неудач при стремлении обратить на себя внимание окружающих, вызвать к себе особый интерес.

В триаде синдрома у этих лиц превалируют собственно идеи физического недостатка; идеи отношения выражены гораздо слабее, а иногда могут либо полностью отсутствовать, либо появляться эпизодически. Пониженное настроение, обычно сопутствующее убежденности в физическом недостатке, у таких больных значительно колеблется в своей интенсивности в отличие от постоянной депрессивной настроенности при той же

патологии у сензитивных и психастеников.

Весьма свойственно лицам с истероидной акцентуацией, психопатам-истерикам и возбудимым стремление к «исправлению» мнимого недостатка. Получив отказ, они вновь и вновь обращаются за «помощью», образно описывая «свои ужасные страдания», умоляют и требуют, грозят самоубийством или «расплатой» врачу, прибегают к красочной лжи (больной «должен сниматься в кино, а только из-за ушей его не взяли», другой «работает дипломатом» и ему «неприлично иметь такой легкомысленно курносый нос» и т. д.).

Кстати сказать, у истеричных личностей с чертами повышенной эмоциональной возбудимости чаще всего темой дисморфомании являются переживания по поводу резко преувеличиваемого или выраженного облысения. В то же время в этой группе больных не было убежденных в «недержании газов». Синдром дисморфомании у истериков обычно нестойк и менее длителен, чем у тормозимых личностей, но вместе с тем может быть склонен и к периодическим обострениям.

С усложнением жизненной ситуации (сдача экзаменов, поступление в вуз и т. д.), требующей определенных переключений, мысли о «некрасивой внешности» обычно переставали беспокоить больных или становились значительно менее актуальными, а затем с исчезновением жизненных затруднений могли возникнуть вновь. У 3 больных этой подгруппы синдром дисморфомании возник внезапно по типу острой психогенной реакции после косметической операции на носу. В этих трех наблюдениях типичная триада была очень яркой, подавленное настроение сопровождалось суицидальными тенденциями, выражаемыми бурно, с театральными эффектами, с угрозами «утопиться назло хирургу-вредителю», «погибнуть, как жертва науки». Однако эта бурная реакция длилась в пределах 1,5—2 мес, затем синдром дисморфомании претерпевал полное обратное развитие.

У патологических личностей с склонностью к сверхценным образованиям (паранойяльных психопатов) синдром дисморфомании может возникнуть по типу одной из разновидностей такого сверхценного реагирования на какой-то действительный, но по сути незначительный выраженный физический дефект.

У некоторых больных из этой подгруппы синдром дисморфомании возникал в тесной связи с другой

сверхценной идеей — об особой значимости своей личности, практическому осуществлению «высоких назначений» которой мешает имеющееся «уродство». Так, больная М., считавшая себя «особенно утонченной натурой», видела препятствие к достижению желаемой цели—«быть великой актрисой или хотя бы женой великого актера», в резко переоцениваемой полноте, в связи с чем обрекла себя на длительное, мучительное голодание. Другой больной З., будучи убежденным в своей гениальности и «предуготовленности к высокой миссии», видел помеху в выполнении своих «великих планов» только в том, что у него недостаточно правильный прикус и некрасивые уши, ибо «у гениальных людей для свершения их планов и внешность должна быть безупречной». В связи с этим больной слегка оттопыренные уши и нерезко выраженную неправильность прикуса считал «трагедией всей своей жизни» и с чрезвычайным упорством добивался хирургической операции, постоянно посещая хирургов, прибегая к всевозможным хитростям и уловкам. Получив отказ, он с такой же активностью стал добиваться у консультировавшего его в Институте косметологии психиатра разрешения на операцию, а затем начал применять свои методы «коррекции», в частности, с помощью аппарата собственной конструкции.

Таким образом, и у больных этой подгруппы синдром дисморфомании самым тесным образом связан с облигатной симптоматикой — со сверхценными образованиями и в первую очередь со сверхценной идеей о собственной значимости, ибо для паранойяльных психопатов наиболее типична именно она: «Самой важной такой сверхценной идеей параноика обычно является мысль об особом значении собственной личности».

Синдром дисморфомании, возникший у паранойяльных (склонных к образованию сверхценных идей) психопатов, отличается очень большой стойкостью и длительностью, являясь по сути содержанием паранойяльного развития, диагностированным в конечном итоге у 4 наблюдаемых нами больных. Подобную же динамику отмечала Т. П. Печерникова (1963—1979) у лиц среднего возраста и соответственно с иной тематикой переживаний в виде идей реформаторства, ревности, сутяжничества и т. д.

Синдром дисморфомании у паранойяльных психопатов еще в большей степени, чем у тормозимых, определяет все особенности поведения больных, кстати сказать, чрезвычайно активно, нередко с большой изобретательностью в достижении намеченной цели

стремящихся «исправить» свой «недостаток». Эти больные, так же как и психопаты из группы тормозимых, склонны все свои жизненные неудачи не только личного, но даже в большей степени и делового характера объяснять именно своим «дефектом».

Особенностью структуры синдрома является слабая выраженность идей отношения и депрессии по сравнению с необычайно интенсивными идеями физического недостатка, причем сопровождающее их эмоциональное напряжение достигает у этих больных большей степени выраженности, так же как и связанная с ними чрезвычайная стеничность в стремлении к «коррекции дефекта».

Таким образом, синдромогенез — формирование синдрома дисморфомании в клинике пограничных заболеваний— имеет некоторые отличия (так же как и структура синдрома) в зависимости от типа акцентуации или формы психопатий.

Возникновение синдрома всегда связано с акцентуированными чертами или с основной (облигатной) симптоматикой, а сам синдром дисморфомании на какое-то время может приобрести доминирующее, определяющее все поведение больного значение.

Характеризуя взаимоотношение облигатных и факультативных симптомов в клинике психопатий, О. В. Кербиков (1962) писал, что «разнообразные облигатные и факультативные психопатические черты не выступают одновременно у одного и того же лица, они сменяют друг друга как бы поочередно, занимая доминирующее положение в психическом статусе».

Подобная картина наблюдается в клинике психопатии и в связи с возникновением синдрома дисморфомании; являясь по сути расстройством факультативным, этот синдром в то же время на протяжении какого-то более или менее длительного этапа может занимать и доминирующее положение в психическом состоянии больного.

Сходные признаки возникновения и течения заболевания, также трактуемого как патологическое развитие личности, отмечались у части больных с убежденностью не в наличии уродства, а в недержании кишечных газов, также возникшей реактивно (после единичных эпизодов действительно имевшего место непроизвольного пускания газов). Однако особенностью этих больных было то, что в

отличие от паранойяльных психопатов, убежденных в наличии физического дефекта, у них были очень выражены идеи отношения, занимающие, как правило, доминирующее место в клинической картине заболевания и имеющие выраженный сензитивный, кататимный характер.

Кроме того, еще одной особенностью больных с убежденностью в непроизвольном отхождении кишечных газов является нередкое участие в возникновении этого психопатологического симптомокомплекса определенных соматогенных факторов — появление синдрома дисморфомании вслед за заболеванием желудочно-кишечного тракта или даже на его фоне.

Синдром недержания кишечных газов является еще более стойким и длительным, чем болезненная убежденность в физическом уродстве. У всех наблюдаемых нами больных он характеризовался многолетним существованием, ХОТ51 иногда обнаруживал склонность к колеблющемуся течению, когда на смену выраженной симптоматике приходят периоды ослабления интенсивности психопатологических проявлений или даже полного их исчезновения.

Динамическое наблюдение за больными с патологической убежденностью в недержании кишечных газов показало, что они не так редко (особенно при желании поскорее выписаться из стационара) скрывают свое состояние. Позднее, иногда через несколько лет, некоторые из них признавались, что специально «улучшали» свое состояние, чтобы их не считали больными и быстрее выписали. У этих лиц мы совершенно не наблюдали замены патологической убежденности в недержании кишечных газов сверхценной или паранойяльной идеей какого-нибудь иного содержания, как это иногда можно было отметить в случаях патологического развития личности с доминирующей в клинической картине сверхценной идеей физического уродства.

Сверхценная идея физического уродства могла, просуществовав много лет, уступить место другой сверхценной убежденности, например идеям ревности. Ничего подобного у больных с убежденностью в недержании газов мы не видели. Сверхценная или паранойяльная убежденность в недержании кишечных газов у этих больных, лишь иногда обнаруживая некоторые колебания в своей интенсивности, прочно держалась в неизменном виде, а все жизненные неудачи, все аффективные переживания только укрепляли эту

патологическую убежденность. Более того, жизненные неприятности расценивались этими больными обычно лишь как следствие их «отвратительной привычки портить воздух и вызывать этим к себе отвращение».

Характеризуя особенности динамики состояния у больных с реактивной дисморфоманией в целом, надо сказать, что появление этой патологии на фоне акцентуации характера (обычно в пубертатном возрасте) может привести к психопатическому развитию, а реактивная юношеская дисморфомания, возникающая предпочтительно на психопатической «почве», влечет за собой заострение и утяжеление не только облигатной симптоматики, но в ряде случаев и факультативной.

***Синдром дисморфомании как
содержание клинической картины
психопатического развития***

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**

Коркина М.В.

Учение о психопатиях, имеющее весьма длительную историю, в течение последних десятилетий обогатилось новыми аспектами, прежде всего введением динамического принципа исследования.

Первое изучение динамики психопатий принадлежит, как известно, П. Б. Ганнушкину. На новом уровне его продолжил О. В. Кербиков (1960, 1963, 1965).

Разделяя все многообразие психопатий на две группы: ядерные (врожденные, конституциональные) психопатии и краевые (динамические, приобретенные) психопатии, О. В. Кербиков впервые подробно описал формирование различных клинических вариантов приобретенных психопатий, их становление и развитие. При этом обращалось внимание не только на уже полностью сформировавшиеся в течение жизни, ставшие стабильными патологические характеры, но и на психопатические особенности, находящиеся еще в процессе становления (поэтапного формирования) психопатического характера. Этот процесс становления приобретенных психопатий был назван О. В. Кербиковым «психопатическим развитием» (в отличие от так называемого патологического развития, основой которого является не здоровая личность, а личность с определенными чертами врожденной патологии характера).

При изучении механизмов и условий становления (поэтапного формирования) приобретенных психопатий

(психопатических или патохарактерологических развитии) О. В. Кербиковым и В. Я. Гиндикиным (1960, 1962) была подробно описана роль патогенных факторов, во-первых, неправильного воспитания в различных его вариантах, во-вторых, закрепления определенных реакций (оппозиции, отказа, протеста и т. д.), возникающих у ребенка или подростка в ответ на неблагоприятные микросредовые воздействия.

Продолжая разработку проблемы приобретенных психопатий, В. В. Ковалев (1969 — 1983), основываясь на взглядах О. В. Кербикова, психогенное патологическое формирование личности у детей и подростков, связанное с хронической психотравмирующей ситуацией и неправильным воспитанием, предложил называть «патохарактерологическим формированием личности». Наиболее часто патохарактерологическое формирование личности встречается в виде аффективно-возбудимого, тормозимого, истероидного и неустойчивого вариантов.

По сути дела к разряду приобретенных («нажитых») психопатий можно отнести и описываемое рядом авторов [Гервер А. В., 1924; Писарева Л. В., 1956; Матвеев В. Ф., Попилина С. В., 1973; Карнозов В. Л., 1979; Курындина Л. П., 1979; Stutte H., 1957; Roubicek J., 1959; Русев К., 1966; Hardy G. E., Cotterill J. A., 1982 и др.) формирование патологических черт характера у здоровых до того подростков или лиц юношеского возраста при наличии действительно имеющегося физического уродства.

Описание переживаний подростков и лиц юношеского возраста, имеющих те или иные физические недостатки, можно найти и в литературе.

Один из примеров этого—«автобиографическая книга», «полуавтобиографический роман» Соммерсета Моэма «Бремя страстей человеческих», где описываются, в частности, переживания Филипа Кэри, с детства страдавшего хромотой. Это — отражение состояния самого С. Моэма, поскольку в его книге «тема тягостного физического недостатка автобиографична: у Кэри это хромота, у Моэма— заикание, очень осложнявшее его жизнь в детстве и юности».

С. Моэм, в частности, пишет: «Время шло, и хромота Филипа перестала вызывать интерес. Ее уже не замечали, как рыжие волосы другого мальчика или противоестественную тучность третьего. Но Филип стал чудовищно мнительным. Он по возможности старался не бегать, зная, что тогда его увечье заметнее, и выработал особую походку. Он привык стоять

неподвижно, пряча уродливую ногу позади здоровой, чтобы не привлекать к ней внимания и вечно с тревогой ожидал насмешек. Не участвуя в играх других ребят, он был выключен из их жизни. На все, что волновало их, он мог смотреть только со стороны; ему казалось, что между ним и его товарищами — непреодолимая стена... От природы общительный, Филип постепенно сделался молчаливым. Он начал задумываться над тем, что отличает его от других ребят».

Помимо изучения подобных состояний, когда в результате действительно имеющегося выраженного физического дефекта возникают те или иные психогенные расстройства, начиная с невротических реакций и кончая различными вариантами психогенного патологического формирования личности [Ковалев В. В., 1969], весьма значимо исследование особенностей чрезмерной, гипертрофированной реакции на действительно имеющиеся, но явно переоцениваемые особенности внешности (цвет волос, веснушки, некоторая склонность к полноте и т. д.).

Наш сотрудник В. Л. Карнозов (1979), проследивший динамику психических нарушений при первичном гипогонадизме с учетом оперативного вмешательства (трансплантация яичка), отметил, что затяжная реакция на болезнь у этих больных возникает именно в пубертатном возрасте.

У 19 больных, где поражение половых желез было изолированным и не сопровождалось, как у остальных (41 больной), другими расстройствами, можно было наблюдать определенную клиническую картину [Коркина М. В., Цивилько М. А., Карнозов Л. В., Карева М. А., 1978]. В преморбиде у этих больных отсутствовали какие-либо нарушения, могущие оказывать патопластическое влияние на рассматриваемый синдром. Психические изменения впервые появились и претерпевали определенную динамику в пубертатном возрасте. Осознание болезни сопровождалось мыслями о собственной неполноценности, неустойчивостью настроения со склонностью к депрессивным переживаниям, обусловленным преимущественно внешними обстоятельствами. Указанные расстройства были довольно стойкими, постепенно усиливались аффективные колебания. Наряду с этим у больных появлялись такие черты характера, как сензитивность, обидчивость, ранимость, чрезмерная аккуратность, пунктуальность, педантичность, которые в дальнейшем выделялись более отчетливо. В то же время отмечалась определенная адаптация к болезни, выражавшаяся в «уходе в работу». Паранойяльная стадия

реакции на болезнь отчетливо проявлялась лишь в зрелом возрасте. Усиление реакции на болезнь происходило в 23—28 лет, как правило, после психической травмы, связанной с сексуальной несостоятельностью (чаще всего невозможность вступить в желаемый брак) на фоне уже выраженных явлений эндокринопатии. Если прежде имела место относительная компенсация психического состояния, то с этого периода отмечалась выраженная дезадаптация. В начале паранойяльной стадии основная роль принадлежала стойким депрессивным переживаниям с упорными суицидальными мыслями о собственной неполноценности, а затем быстро формировалась паранойяльная симптоматика, близкая к синдрому сверхценной дисморфомании с упорным стремлением к коррекции имеющегося недостатка. О паранойяльности можно было говорить на основании выраженности на этом этапе болезни идей отношения, подозрительности, сензитивности, склонности к сверхценным образованиям. Наряду с этим нарастала эксплозивность, частыми становились истерические формы реагирования. Динамика психических нарушений у этой группы больных в значительной степени была обусловлена психогенными факторами и в период компенсации приближалась к так называемому невротическому развитию [Лакосина Н. Д., 1963, 1980], однако в дальнейшем патология значительно усложнялась за счет усиления реакции на болезнь, имеющей затяжной характер. У больных этой группы не обнаруживалось неврологической симптоматики, при экспериментально-психологическом обследовании интеллектуального снижения не отмечалось.

Кроме того, мы наблюдали еще двух больных—16 и 25 лет (обеих амбулаторно), у которых имелись фактические физические недостатки: у одной больной — больших размеров нос, деформированный к тому же в области переносицы полученной в 10-летнем возрасте травмой, и у другой — полное облысение, возникшее в 12-летнем возрасте после кожного заболевания. У первой больной можно было отметить преобладание в характере черт, более свойственных возбудимой психопатии, злобность, жестокость, склонность к аффективным вспышкам, в то время как у второй больной под влиянием действительного уродства в характере все более начали преобладать особенности, свойственные психопатии тормозимого типа: робость, застенчивость, неуверенность в себе, в своих силах и возможностях, снижение самооценки.

Всего два наблюдения не дают оснований для общих выводов, но мы все же хотели бы отметить, что условия жизни у этих больных были очень разными. Первая больная происходила из благополучной семьи, где девочку очень

любили и выполняли все ее требования. Она часто переходила из школы в школу, так как вначале конфликтные ситуации возникали из-за насмешек и поддразниваний соучеников, а затем уже и вследствие появления у нее черт взрывчатости и возбудимости. Вторая больная, рано лишившись родителей, с 14 лет жила в семье старшей сестры, находясь у нее по сути на положении домработницы. Очень привязалась к племянникам, в уходе за ними видела смысл всей своей жизни; о своей семье или о поступлении на работу и не помышляла — «кому такой урод нужен». Старалась как можно меньше бывать на людях, по-особому, почти до бровей, повязывала платок. Легко смущалась, считала, что из-за физического недостатка она ни на что не способна, кроме ведения домашнего хозяйства.

Состояние у обеих больных (хотя больными их можно назвать с теми же оговорками, что и личностей с патологическими чертами характера вообще) по внешним клиническим признакам очень напоминает синдром дисморфомании, но ставить знак равенства между этим состоянием (названные «комплексом Терсита») и собственно дисморфоманией нельзя, поскольку при описании комплекса Терсита речь идет о психотическом синдроме. Поэтому трудно согласиться с некоторыми авторами, идентифицирующими синдром дисморфомании и «комплекс Терсита» [Kohlmeyer K., 1964]. В то же время между этими состояниями (непсихотическим — недовольством своей внешностью и психотическим — бредовым отношением к ней) имеются переходные состояния в виде болезненной переоценки действительных физических недостатков.

При отграничении таких состояний от обычного недовольства своей внешностью (что практически очень важно ввиду склонности больных со сверхценной или бредовой дисморфоманией к самоубийству) надо использовать те же критерии, которые применяются для выделения патологических идей ревности или реактивной депрессии: степень адекватности реакции, глубина переживания, доступность коррекции, степень значимости этих переживаний для жизненной установки больного в целом, фон, на котором эта реакция возникает.

Помимо патохарактерологического формирования личности [Ковалев В. В., 1969—1983], поводом к которому явилось действительное уродство, мы наблюдали еще одну больную, у которой патологическая убежденность в физическом уродстве возникла в результате неправильного воспитания. В данном случае также можно говорить о психопатическом развитии, клиническим содержанием которого (подобно тому, как это имело место при патологическом развитии)

являлся синдром дисморфомании.

Больная Т., о которой идет речь, рано лишилась отца — он умер, когда ей было 2 года. Девочка жила у дальней родственницы. Когда ей было 8 лет, мать ее вторично вышла замуж. Отчим — грубый, скупой, «скопидом», по вечерам спускал собак, закрывал все запоры — «дрожал над своим добром». Девочка чувствовала себя в этой семье лишней, никому не нужной, постоянно испытывала по отношению к себе пренебрежительное отношение. Чувствовала всегда, что мешает матери. В этой обстановке у девочки появилась убежденность, что она «никудашная», что ее не любят, потому что она «плохая и некрасивая». Мысль о своей некрасивости особенно укрепилась в 13—14 лет, «когда у других девочек уже появились поклонники, а на меня никто не обращал внимания». Считая себя «вообще очень некрасивой», была особенно недовольна формой носа. Все свои неудачи в жизни — и личные, и по работе — объясняла только этим. Узнав о возможности косметической операции, уже в зрелом возрасте обратилась в Институт косметологии с просьбой исправить ей нос. После отказа много плакала, была подавленной, заявляла, что теперь «потеряна последняя надежда». В связи с этим была стационарирована в психиатрическую больницу (1958 г.). Охотно говорила о себе, но «от больной темы» старалась уклоняться. Была уверена в том, что у нее уродливое лицо, особенно нос (в действительности у больной довольно приятная внешность и несколько неправильный, но совершенно не уродливый нос). Заявляет, что ей многое в жизни не удавалось и не удастся именно из-за внешнего уродства. Даже замечания начальства по работе являются, по ее мнению, следствием того, что на нее «просто неприятно смотреть» — «другому за то же самое, может быть, и не сделали бы замечания». Считает, что она — самая уродливая из всех окружающих ее. На возражения и конкретные примеры, говорящие обратное, отвечает: «Это, может быть, и так, может быть есть и более некрасивые, но они этого не сознают, а я сознаю». Считает себя поэтому очень несчастной.

В данном наблюдении у девочки, с раннего детства жившей в трудных, ущемляющих ее человеческое достоинство условиях, постепенно крепнет мысль, что это пренебрежительное, унижающее ее отношение окружающих к ней вызвано ее некрасивой, а может быть, и уродливой внешностью. Это убеждение, особенно укрепившееся в подростковом возрасте, стало носить характер сверхценной идеи и проходит через всю жизнь больной, служит ей «объяснением» всех ее жизненных неприятностей.

В отличие от того, что наблюдалось у ряда других больных,

сверхценная идея у данной больной возникла не после кратковременной психической травмы и не на фоне уже имеющихся патологических черт характера, а в результате длительной психотравмирующей ситуации, проявившей свое действие именно в момент формирования психики ребенка.

Е. Краепелин (1915) говорил о сверхценных идеях, укрепившихся «благодаря воспитанию и привычке» и перешедших «в плоть и кровь наши». На подобный генез формирования сверхценных идей «при условии продолжительного воздействия со стороны окружающей среды» указывал и В. М. Морозов (1934). Кроме того, как уже отмечалось выше, психопатическое развитие может быть следствием реактивной дисморфомании, возникающей на фоне акцентуации характера.

Эндореактивная подростковая дисморфомания

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

И литературные данные, и наши собственные многолетние наблюдения свидетельствуют о том, что одна из самых больших сложностей проблемы дисморфомании заключается в определении нозологической принадлежности этого симптомокомплекса, особенно когда он выступает в виде моносиндромального образования. При этом самые большие трудности возникают при дифференциальной диагностике между заболеванием психогенной природы и шизофренией. Однако длительное наблюдение ни подтверждает, ни отрицает оба эти диагноза: отличаясь стойкостью, дисморфомания вместе с тем не обнаруживает какой-либо прогрессивной динамики, а спустя какое-то время вся симптоматика, постепенно дезактуализируясь, в конце концов полностью исчезает.

Применительно к подобным случаям наиболее правильным, по-видимому, является диагноз эндореактивной подростковой дисморфомании, выделенной и описанной А. Е. Личко (1979). По аналогии с так называемой эндореактивной депрессией Н. Weitzbrecht (1947) А. Е. Личко выделяет группу эндореактивных подростковых психозов (эндореактивные депрессии при циклоидной акцентуации, эндореактивная пубертатная анорексия и эндореактивная подростковая дисморфомания). При этом автор подчеркивает, что для данной группы психических расстройств характерно столь тесное переплетение психогенных и эндогенных факторов, что «отдать предпочтение одному из них как главной причине болезни

не представляется возможным». В таких случаях между психической травматизацией и эндогенными механизмами устанавливается какая-то сопряженная зависимость, нечто вроде «порочного круга» [Личко А. Е., 1979].

Характерно и то, что психическая травма при этом должна быть строго определенной, подходящей к «почве», как «ключ к замку». С возрастом такая эндореактивная подростковая дисморфомания либо дезактуализируется, либо все более тщательно больными скрывается (происходит так называемая компенсаторная диссимуляция).

Из наших наблюдений, вероятно, наиболее соответствует клинике эндореактивной подростковой дисморфомании состояние больной, которую нас просили проконсультировать в Институте косметологии в 1958 г. Это была пятнадцатилетняя школьница, тайком от родителей приехавшая в Москву и умолявшая специалистов по пластической хирургии укоротить ей нос (в действительности несколько удлиненный, но очень правильной формы и гармонизировавший с общим строением лица). При собирании анамнеза стало известно, что девочка — единственный ребенок в семье, всегда несколько излишне опекаемый. Хорошо училась, была активной и деятельной, но в то же время стеснительной, тревожной, склонной к мечтательности. К себе и особенно к своей внешности относилась «с правильной критикой», считала себя «не удавшейся внешне», особенно не нравился нос. За 4 месяца до приезда в Москву, будучи в компании одноклассников, вдруг услышала, как один мальчик, втайне ей очень нравившийся, сказал: «Посмотрите-ка, тень на стене от Танькиного носа очень напоминает профиль Труфальдино». Тут же убежала из этого дома, целую ночь бродила по улицам, несколько раз подходила к реке, «но останавливала мысль о родителях». С этого времени думала только о своем «уродстве», всячески избегала общества, особенно сверстников, объясняя это тем, что ей надо много заниматься дома музыкой, чтобы поступить в консерваторию. Ходила только на уроки, под любым предлогом старалась избегать собраний. Упросила родителей сшить ей пальто с большим пышным меховым воротником, изобретала специальные прически. Школу успешно закончила и поступила в МГУ на биофак. Все время учебы была под нашим наблюдением, принимала аминазин и антидепрессанты. Состояние в целом все пять лет оставалось прежним: хорошо училась, много времени проводила в библиотеке, общества избегала, на лекции ходила в шали, старалась закрывать лицо. Постепенно стала менее депрессивной, но мысль о пластической операции не

оставила, многократно обращалась к косметологам, огорчалась и плакала при отказе. После окончания МГУ работает в одном из заповедников, вышла замуж, имеет двух детей, защитила кандидатскую диссертацию. Бывая в Москве, обязательно заходит к врачу, подробно о себе рассказывает (общий срок такого периодического наблюдения — 22 года). Первые два года работы в заповеднике чувствовала себя «как-то стесненно, хотя людей было немного». Затем, оставаясь все такой же стеснительной и ранимой, стала более свободно общаться даже с посторонними, а после появления семьи «все стало казаться проще». По-прежнему считает себя «постаревшим Буратино», но говорит об этом с юмором. Никаких изменений личности процессуального характера не обнаруживает. Естественно, невозможность постоянно наблюдать эту больную дает основание к некоторым диагностическим сомнениям, но отсутствие какой-либо динамики, кроме регрессионной, позволяет в первую очередь думать об эндореактивной дисморфомании, начавшейся в подростковом возрасте и с годами дезактуализировавшейся. Нечто подобное (но с более короткими сроками наблюдения) мы отмечали еще у двух больных. По мнению А. Е. Личко, эндореактивная подростковая дисморфомания — заболевание редкое.

Характеризуя дисморфологию пограничной природы в целом, надо указать на такие ее особенности, как очень тесная смысловая связь психогенных воздействий с «почвой», значительно меньшая выраженность сенестопатий (за исключением больных, убежденных в распространении кишечных газов), отсутствие синтропии с дереализационно-деперсонализационными переживаниями и навязчивостями иного содержания. Кроме того, дисморфология у этих больных никогда не возникает по парадоксальному типу, ее появление происходит по психологически понятным связям. У больных с пограничными расстройствами гораздо реже появляются симптомы зеркала и фотографии, а бред отношения чаще всего имеет сензитивный характер. Наконец, у этих больных нет такой выраженной социальной дезадаптации, как у больных шизофренией.

Глава IV. Синдром дисморфологии в клинике шизофрении

Дисморфология в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Впервые синдром дисморфологии (дисморфофобии) в рамках шизофрении описал Е. Краепелин (1916), но без

упоминания в данном случае самого термина «дисморфофобия». В «Введении в психиатрическую клинику» при описании раннего слабоумия в числе первых наблюдений Е. Краерелін сообщает о больном 21 года с «аутичным поведением в юности», который «последние годы стал уединяться, полагая, что его высмеивают сестры и братья, что его не принимают в обществе из-за некрасивой внешности, не переносил поэтому зеркала в своей комнате».

Однако несмотря на то что в дальнейшем патологическая убежденность в собственном уродстве нередко описывалась различными авторами либо в рамках параноидной шизофрении вообще, либо как конкретный пример ипохондрического шизофренического бреда, никакого упоминания о самом синдроме, а тем более изучения его клинической специфичности вплоть до 40-х годов не было.

Интерес к этого рода патологии, обнаруживаемый психиатрами с 40-х годов нашего века, особенно повысился в последнее двадцатилетие. Этот интерес проявлялся, естественно, и в отношении нозологической (в том числе и шизофренической) природы синдрома дисморфомании.

Анализ исследований, посвященных данной патологии, показывает, что вопросы, связанные с шизофренией, отражены в работах 3 видов.

1. Исследования, посвященные детской и подростковой психиатрии в целом, в которых дается характеристика и дисморфофобически-дисморфоманических расстройств при шизофрении [Морозов Г. В., 1949; Сухарева Г. Е., 1965, 1974; Вроно М. Ш., 1965—1982; Юрьева О. П., 1970; Сосюкало О. Д., 1977, 1982; Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1979; Матвеев В. Ф., Курашов А. С., Барденштейн Л. М., 1979, и др.].

2. Довольно многочисленные, особенно в последнее время, работы, касающиеся различных аспектов юношеской шизофрении, с описанием, в частности, и характерных для нее дисморфофобически-дисморфоманических расстройств [Наджаров Р. А., 1964, 1972; Сиряченко Т. М., 1966; Шмаонова Л. М., 1966; Цивилько М. А., 1967; Цуцульковская М. Я., 1968—1979; Tomkiewicz S., Finder J., 1966, 1971; Lamperiere Th., 1977, и др.].

3. Исследования, специально посвященные характеристике синдрома дисморфомании (дисморфофобии) при шизофрении [Коркина М. В., 1961 — 1981; Вагина Г. С., 1966, 1971, 1977; Дробышев Л. Н., 1966; Беленькая Н. Я., 1972; Лебединская К. С., Немировская С. В., 1977;

Морозов П. В., 1976; Немировская С. В., 1977; Бланке С., 1979, и др.].

Анализ литературных данных, касающихся синдрома дисморфомании в клинике шизофрении, прежде всего свидетельствует о не таком уж редком возникновении синдрома дисморфомании при шизофрении в целом и при шизофрении подросткового и юношеского возраста в особенности.

Наиболее точные сведения о распространенности того или иного вида психической патологии могут быть получены только с применением соответствующих психологических исследований [Н. М. Жариков, 1977].

По данным П. В. Морозова (1977), эпидемиологические исследования, проведенные в Институте психиатрии АМН СССР на популяции больных шизофренией двух районов г. Москвы, состоящей из 3500 человек, показали наличие интересующего нас синдрома в 91 наблюдении, т. е. в 2,6 %.

Что же касается собственно подростковой шизофрении, то, по данным А. Е. Личко (1979), именно дисморфоманический синдром — наиболее частый при неврозоподобной форме этого заболевания (около 30 %).

Дисморфомания описывается не только как возможный начальный синдром шизофрении подросткового и юношеского возраста, но и как иногда встречающееся проявление дефектного состояния при этом заболевании, начавшемся в подростковом возрасте [Сухарева Г. Е., 1965], что не мешает таким больным, по мнению автора, приспособиться к жизни и трудовой деятельности.

О возможности возникновения дисморфомании как одного из проявлений дефектного состояния при шизофрении, начавшейся в подростковом возрасте, сообщает также П. В. Морозов (1977).

Почти все авторы, описывающие дисморфоманические расстройства, подчеркивают значительные трудности своевременной правильной диагностической оценки данного вида патологии. Это касается не только междисциплинарной дифференциальной диагностики, но и определения формы шизофрении.

Диагностические трудности в отношении ранних стадий шизофрении, дебютирующей синдромом дисморфомании, объясняются не только отсутствием описаний нозологической специфичности самого синдрома, но и

значительными различиями в диагностических критериях. Применительно к синдрому дисморфомании это выражается, в частности, в описании его в рамках таких «нозологических категорий», как «шизос» и «шизоневроз» [Hanaou R., 1964], в попытках относить его к «группе шизофренических реакций при картине преморбидно-шизоидной личности» [Finkelstein B., 1963], в указаниях некоторых авторов [Dietrich M., 1962; Habeck D., 1965] на сходство заболевания, в картине которого наблюдается данный синдром с так называемой коэстетической шизофренией.

Необходимо подчеркнуть, что изучение шизофрении — этого наиболее распространенного и сложного психического заболевания — только с точки зрения классических форм в значительной степени исчерпало прежние возможности диагностики. Назрела настоятельная необходимость выработать новые диагностические подходы (а соответственно и доказательства нозологического единства шизофрении), которые учитывали бы всю сложность и многообразие шизофренических нарушений. Одним из таких подходов явилось динамическое (в «продольном разрезе») изучение шизофрении не только с дифференцированием типов течения болезни (С. Г. Сухарева, Д. Е. Мелехов), но и с учетом общепатологических закономерностей (А. В. Снежневский с сотр.). Именно подобное изучение шизофрении методом сопоставления различных типов течения, клинической картины и этапов заболевания, являющееся «наиболее многообещающим путем разработки клиники шизофрении» [О. В. Кербинов, 1962, стр. 10], позволило не только провести систематику форм шизофрении в зависимости от стереотипа развития болезни, но и «судить о разных степенях различия патогенетических механизмов» [Снежневский А. В., 1966].

Результаты этих исследований, обобщенные в работах А. В. Снежневского (1955—1975), а также в многочисленных работах его сотрудников, свидетельствуют в пользу нозологического единства шизофрении; кроме того, в них даются единые диагностические критерии и возможность идентичной оценки состояния больных в динамике. Согласно этим данным, выделяются три основных формы (типа) течения шизофрении:

- 1) непрерывно-текущая;
- 2) приступообразно-прогредиентная (шубообразная);

3) рекуррентная.

Как непрерывно-текущий, так и шубообразный процесс может иметь различную степень прогредиентности, т. е. протекать в виде злокачественной шизофрении, прогредиентной и малопрогредиентной (вялотекущей).

Наши многолетние наблюдения больных шизофренией с синдромом дисморфомании показали, что к наиболее типичным формам заболевания с этого рода патологией относится непрерывно-прогредиентная шизофрения (преимущественно с вялым и средне-прогредиентным типом течения), а также приступообразно-прогредиентная шизофрения (с теми же вариантами прогредиентности), особенно с преобладанием аффективных приступов. Однако нередко и более злокачественный тип течения процесса.

Общее число изученных нами больных шизофренией с дисморфоманическими расстройствами составляет группу из 487 человек, но в основу настоящей работы легли данные только о 214 больных. Условием такого отбора являлись два основных положения: 1) дисморфомания являлась первично выраженной продуктивной симптоматикой, 2) больные должны были наблюдаться длительно с полной верификацией диагноза (как известно, именно варианты с клиникой «чистой» дисморфомании вызывают, особенно на ранних этапах заболевания, очень большие диагностические сомнения.)

Дисморфоманические расстройства (обычно лабильные, нестойкие, недлительные и не в виде синдрома, а отдельного симптома) могут возникать в структуре полиморфных шизоаффективных приступов шубообразной шизофрении, а также приступов периодической шизофрении. В динамике развития острых приступов рекуррентной (периодической) шизофрении [Папандопулос Т. Ф., 1966, 1967, 1975]

идеи физического уродства могут возникать преимущественно на этапе аффективных колебаний со сверхценными образованиями. Включение (чаще всего в виде не синдрома, а отдельного симптома) дисморфомании в структуру вышеописанных психопатологических образований обычно не определяет каких-либо особенностей общей клинической картины и не имеет, как правило, прогностической или дифференциально-диагностической значимости.

Более или менее выраженные Дисморфоманические расстройства (без предварительного этапа «чистой»

дисморфомании) могут быть составной частью различных психопатологических образований: ипохондрической бредовой системы («нос такой формы, потому что сифилис у меня», «губы безобразно тонкие от белокровия» и т. д.), депрессивно-параноидного или параноидного синдрома («уродство лучами сделали», «экспериментируют над формой моего тела», «размер головы от чужих мыслей безобразно увеличился» и т. д.). Однако, мы умышленно исключили из приводимых здесь наблюдений те случаи, где Дисморфоманические расстройства являются лишь составной частью бредовой ипохондрической или персекуторной системы [Морозов П. В., Немировская С. В., 1977], ибо, как уже отмечалось, нашей основной задачей является описание дисморфомании в ее наиболее «мономорфном» варианте и главным образом на этапах, особенно трудных для диагностики, когда больным выставляются врачами других специальностей самые разнообразные терапевтические, хирургические, неврологические диагнозы, а психиатры долгое время колеблются между диагнозами из области пограничной психиатрии и шизофрении. Не приводим мы здесь и подробного описания дисморфомании, впервые [Вагина Г. С., 1971] или повторно возникающей [Беленькая Н. Я., 1972] после 40 лет, хотя подобные наблюдения представляют большой интерес в плане влияния возрастного фактора (период инволюции). В частности, мы наблюдали трех больных с чрезвычайно стойкой длительно существовавшей дисморфоманией, которая в инволюционном возрасте начинала приобретать особенности синдрома Котара, напоминая бред отрицательного величия или злого могущества («такого ужасного уродства еще никогда ни у кого не было», «я видом своего носа порчу жизнь всем людям», «глазами травлю всех окружающих»), и сопровождалась ажитированной депрессией.

Естественно, диагностическое и прогностическое значение каждого отдельного признака весьма невелико. Более важна их совокупная оценка, особенно с учетом динамического принципа изучения шизофрении с синдромом дисморфомании. Характеризуя эти положения именно с позиций длительного прослеживания заболевания, можно отметить, что существует определенная зависимость между благоприятным течением шизофренического процесса в целом и такими показателями, как возникновение синдрома дисморфомании в инициальной стадии заболевания при сравнительно более позднем начале самого процесса, клиническая оформленность рассматриваемого симптомокомплекса, стойкость и длительность его

существования, монотематичность бреда физического недостатка, а также относительно недолгое существование вторично присоединяющегося к синдрому дисморфомании психопатоподобного синдрома (как и меньшая степень выраженности его).

Наиболее неблагоприятное течение наблюдается при возникновении синдрома дисморфомании вслед за негативной симптоматикой, а также при наличии политематического характера самих идей физического недостатка, кратковременности, нестойкости и рудиментарности дисморфоманических нарушений, быстром включении их во все более расширяющийся «синдромологический ассортимент».

Из 214 больных, описанию состояния которых посвящена данная глава, у 182 патологическая убежденность в физическом недостатке или распространении неприятного запаха возникла в период между 13 и 20 годами жизни. Указанные расстройства в возрасте 8 лет возникли у 1 больной, в 10 лет — у 3 больных, в 11—12 лет — у 4 больных; у 32 больных появление данной патологии относится к периоду между 20 и 25 годами.

Эти данные, по всей вероятности, — отражение общего положения: по результатам эпидемиологического изучения всей популяции больных шизофренией в трех психоневрологических диспансерах г. Москвы [Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Вроно М. Ш., 1980] из 5039 больных у 31,3 % заболевание началось до 18 лет, при этом в возрасте 12—17 лет заболело 23,4 %.

Продолжительность существования синдрома дисморфомании (в неизменном или постепенно редуцируемом виде) в наших наблюдениях была весьма различной — от нескольких месяцев до 33 лет и зависела от характера течения заболевания, степени прогрессивности его на этом этапе.

Что касается наследственной отягощенности у изученных нами больных, то здесь обнаружили закономерности, приводимые в специальных исследованиях [Шахматова И. В., 1970; Шендерова В. Л., 1975; Котова Т. А., 1976; Москаленко В. Д., 1980; Унгвари Г., 1982, и др.].

В то же время имелись и некоторые особенности, связанные, вероятно, с тем фактом, что наиболее часто синдромально оформленная и длительно существующая дисморфомания встречалась при шизофрении с прогрессивным и малопрогрессивным типом течения,

касалось ли это непрерывно текущего процесса или приступообразно-прогредиентного (шубообразного).

Наследственная отягощенность отмечена нами у 68 % больных. Вполне вероятно, что эта цифра несколько занижена, так как не у всех больных мы могли собрать достаточно полные сведения о характере наследственности.

Наследственная отягощенность была представлена следующим образом: шизофрения (диагностированная) у одного из родителей — 10 %; шизофрения у братьев или сестер — 7,5 %; шизофрения по боковой линии — 7 %; шизофрения у бабушки или дедушки — 12 %; другие психические заболевания — 20,5 %; психопатии, неврозы — 20,2 %; наличие среди близких родственников «странных», «оригиналов», «чудаков» — 14,6 %; сложная отягощенность — 7 %; выраженный атеросклероз у родителей (в том числе ранний) — 1,2 %.

Характеризуя течение шизофрении у родственников больных, надо отметить, что у большинства оно было благоприятным, вялым, медленным; они обычно вели активный образ жизни и даже иногда обнаруживали определенный творческий рост. Неблагоприятное течение шизофренического процесса среди всех родственников, по нашим данным, можно было отметить только в 5 % случаев. Кроме того, те близкие родственники, которые никогда не обращались к психиатрам и характеризовались окружающими как «странные», «особенные», «чудаки», «оригиналы», «неприспособленные к жизни», по сути в большой своей части также, вероятно, страдали шизофренией, протекавшей относительно доброкачественно и не вызывавшей нарушения социальной адаптации.

Что касается преморбиды у наблюдаемых больных, то выраженные черты сензитивности, тревожности, мнительности мы могли отметить в 29 % случаев; шизоидные особенности в виде замкнутости, малообщительность, своеобразной «мимозности» — в 20,5 %; некоторую эпилептоидность с повышенной требовательностью к окружающим, большим упрямством и вспыльчивостью — в 8,2 % случаев.

Еще у 8,5 % больных в преморбиде наряду с большой общительностью имелись также черты робости, застенчивости, нередко плаксивости и чрезмерной жалостливости. В то же время это были подростки или молодые люди с большим чувством ответственности, принимавшие активное участие в общественной жизни

своего коллектива, всегда охотно помогавшие товарищам. У остальных 33,8 % больных в преморбиде никаких особенностей не отмечено. Это были веселые, общительные молодые люди или подростки, синтонные, нередко с большим чувством юмора. Часть из них в силу выраженной жизнерадостности и активности получили от окружающих такие определения, как «душа общества», «вожак», «верховод», «атаманша», «бесенок». У многих таких больных наряду с общительностью и мягким, ласковым отношением к родным можно было отметить большое трудолюбие и настойчивость, выраженную целеустремленность в достижении поставленных перед собой задач, желание быть впереди, достичь высоких результатов в учебе, спорте, музыкальных занятиях, получить лучшую оценку в общественной работе.

У большинства больных обнаружено хорошее интеллектуальное развитие. Они легко учились и нередко имели еще какие-то дополнительные нагрузки или увлечения (общественная работа, спорт, занятия в драмкружке или в музыкальной школе), с которыми также успешно справлялись.

Из внешних вредных воздействий до начала заболевания шизофренией в анамнезе можно было у 11 % отметить сотрясение головного мозга легкой или средней тяжести, у 23 % — те или иные заболевания желудочно-кишечного тракта и у 1,2 % больных — алкоголизм.

При соматическом обследовании почти у половины больных (49 %) были обнаружены разнообразные вегетативные нарушения: лабильность вазомоторных реакций, связанный с волнениями гипергидроз, лабильность пульса и т. д.

У 31,5 % больных инициальными проявлениями болезни были неврозоподобные (19 %) или психопатоподобные нарушения (12,5 %). У 21 % больных синдрому дисморфомании предшествовало появление негативной шизофренической симптоматики в виде нарастающего эмоционального оскудения, сужения круга интересов, вялости, замкнутости. У некоторых больных можно было отметить в инициальной стадии комбинацию негативных нарушений с психопатоподобным поведением.

Неврозоподобные нарушения выражались в появлении ранее не свойственной больным раздражительности, повышенной утомляемости, головных болях, плохом сне. У 16 % больных отмечались разного рода навязчивые явления, главным образом в виде отдельных навязчивых страхов или навязчивых движений. Навязчивости могли

появиться уже в дошкольном или раннем школьном возрасте и становились особенно интенсивными в периоды волнений. Это были страх темноты, одиночества, загрязнения или навязчивые движения в виде притопывания, похлопывания в ладошки или стереотипного накручивания на палец волос, краев одежды, скатерти и т. д. Чаще всего они были эпизодическими, подчас даже мимолетными, не вызывающими никакой тревоги у родителей.

Психопатоподобное поведение, предшествовавшее возникновению синдрома дисморфомании, в ряде наблюдений было выражено либо неярко, в виде усиления некоторых преморбидных особенностей, либо было представлено очень демонстративно: больные отличались резко выраженными примитивными влечениями, были склонны ко лжи, иногда к воровству, проявляли особую злобность к родителям, нередко изощряясь при этом в стремлении как можно сильнее оскорбить, обидеть, унизить отца или мать, были совершенно лишены чувства благодарности. Иными словами, эти больные очень напоминали так называемых гебоидов, впервые описанных К. Kahlbaum (1884, 1889) и наблюдаемых главным образом в клинике детской и подростковой психиатрии. У этих больных синдром дисморфомании, возникший вторично, уже после появления гебоидного поведения, характеризовался яркостью, определял на каком-то этапе все поведение больных, но в то же время был нестойким и непродолжительным. Такие же особенности рассматриваемого синдрома можно было отметить и в группе больных с первично появившимися шизофреническими изменениями личности. Кроме того, синдром дисморфомании у этих больных чаще всего не имел полной синдромальной завершенности, нередко был довольно тусклым и далеко не доминирующим в клинической картине, а подчас даже и рудиментарным.

Верифицирование первоначальных впечатлений с помощью последующего длительного наблюдения, необходимое у всех больных, играет важную роль при таких монотематических образованиях, как синдром дисморфомании. Особенно это касается случаев с медленной, вялой динамикой синдрома и таким же медленным присоединением собственно шизофренической симптоматики. Результаты именно такого длительного наблюдения больных с синдромом дисморфомании заставили нас отказаться от первоначально сделанных выводов о том, что возникновение этого синдрома по типу сверхценной идеи говорит о принадлежности заболевания к пограничным состояниям, а по типу бреда — к шизофрении.

Дальнейшие наблюдения показали, что и при шизофрении синдром дисморфомании совершенно не обязательно сразу же должен принимать бредовый характер—он может возникнуть и по типу сверхценной идеи, лишь в дальнейшем приобретающей все особенности бреда. Иными словами, подобно данным А. Б. Смулевича (1968), А. Б. Смулевича и М. Г. Щириной (1972), сверхценные идеи и бред при динамическом изучении таких больных являются различными этапами шизофренического процесса.

Возникал синдром дисморфомании у больных шизофренией медленно, постепенно (так что иногда они даже не могли сказать точно, когда мысли об уродстве появились в первый раз) или же остро, внезапно. У многих больных убежденность в собственном уродстве появлялась без всяких внешних причин, подчас при случайном взгляде в зеркало. Иногда же такая патологическая уверенность появлялась как будто бы в связи с замечаниями или откровенной насмешкой окружающих по поводу того или иного действительно имеющегося, но очень незначительного дефекта внешности больного.

Однако в таком, казалось бы, явно психогенном возникновении синдрома дисморфомании имелось весьма существенное своеобразие: как правило, насмешки окружающих становились патогенным фактором только в определенный, чаще всего пубертатный или юношеский период.

Больных с некрасивыми зубами, веснушками, оттопыренными ушами и т. д. сверстники могли дразнить с раннего детства, огорчая одних и оставляя равнодушными других, но ни у кого не вызывая патологических реакций. Но те же самые незначительные дефекты во внешности и связанные с этим замечания окружающих приобретали патогенный характер в пубертатный или юношеский период, хотя именно в этот период больные уже значительно реже подвергались насмешкам со стороны сверстников.

Иными словами, в формировании клинической картины заболевания, начинающегося с синдрома дисморфомании, определенное значение имеет тот возрастной период, особенностью которого, в частности, является появление чрезмерного внимания к своей внешности, с одной стороны, и к оценке ее окружающими — с другой. Вероятно, именно этой особенностью синдромагенеза, проявляющейся в сложнейшем взаимодействии процессуальных и возрастных факторов, можно объяснить наблюдаемую нами

закономерность возникновения шизофренического процесса, начавшегося или манифестирующего синдромом дисморфомании преимущественно в пубертатном или юношеском возрасте.

Что же касается влияния отрицательных внешних факторов в виде обидных замечаний или насмешек окружающих, которых в определенный возрастной период приобретали психогенный характер, то об этом, по-видимому, лучше всего можно сказать словами К. Conrad (1958), отмечавшего, что «реактивные моменты не порождают заболевания, а лишь выявляют его, играя роль пускового механизма».

При этом немаловажно отметить следующее: специальными исследованиями [Лебединская К. С., Немировская С. В., 1973; Немировская С. В., 1977] отмечено, что имеется определенная связь возникновения идей физического недостатка не просто с пубертатной фазой, а с дисгармоничностью ее протекания, с ее биологической дисгармонией.

Преимущественное возникновение шизофрении, манифестирующей синдромом дисморфомании, именно в пубертатном или юношеском возрасте, говорит о том, что рассматриваемый синдром является примером патологии, особым образом связанной не только с эндогенным процессом, но и с конкретным возрастным периодом. Однако, несмотря на эту тесную связь с указанными факторами (возраст, дисгармония этого периода развития), синдром дисморфомании шизофренической природы имеет, кроме того, ряд особенностей, объяснение которым можно найти только в процессуальных закономерностях. К ним прежде всего нужно отнести неоднократно отмечаемую нами парадоксальность, когда у больных шизофренией бред физического недостатка касался абсолютно правильной по всем объективным признакам части тела при индифферентном отношении к действительно имевшимся физическим недостаткам и даже уродствам.

Надо сказать, что именно в объяснении «причин» самого «дефекта» или «обоснований» необходимости его «исправления» наблюдаемые нами больные, еще не обнаруживая ни в чем другом шизофренических особенностей мышления и поведения, могут довольно рано обнаруживать здесь выраженную нелепость. Так, больная К., инженер по специальности, хорошо справляясь со своими служебными и домашними обязанностями и не вызывая никаких подозрений относительно психического здоровья, впервые обратила на себя внимание только при

появлении ее в Институте косметологии. Демонстрируя чертежи и сложные математические выкладки, специально сделанные для доказательства «уродливого» строения верхних век, она категорически требовала «изучить» ее расчеты, чтобы «точно по ним» произвести косметическую операцию (бред физического недостатка возник у нее в 19 лет).

О процессуальной природе синдрома дисморфомании говорит его «содружество» с такими «верхнерегистральными» синдромами, как деперсонализация и дереализация, синдром навязчивых состояний, не связанный с фабулой бреда физического недостатка, вторичная психопатизация, а также рано выявляющаяся бредовая трактовка локальных сенестопатий (если они имеются).

Как уже отмечалось, дисморфомания, особенно в ее рудиментарном виде, может встречаться и у здоровых подростков и юношей. То же самое можно сказать и об эпизодической деперсонализации, и о дереализации. Синтропия же этих психопатологических образований, особенно когда отмечается «содружество» дисморфомании с деперсонализационно-дереализационным синдромом в его наиболее полном виде, весьма характерна для шизофрении.

Свойственно шизофрении и появление навязчивых расстройств иного, чем идея физического недостатка, содержания, предшествующих дисморфомании в виде отдельных эпизодов или возникающих позже (подчас в виде очередной смены одного синдрома другим либо сменяющих дисморфоманию полностью). При этом нередко навязчивости значительно раньше, чем собственно дисморфомания, приобретают (вначале в виде едва заметных особенностей) признаки, свойственные этим образованиям при шизофрении [Озерецковский Д. С., 1950; Морозов В. М. и Наджаров Р. А., 1956; Лакосина Н. Д. и Целибеев Б. А., 1961, и др.]. Диагностическим ориентиром может явиться вторичное присоединение к дисморфомании все более утяжеляющегося психопатоподобного поведения, являющегося тем не менее чаще всего лишь определенным этапом в течении процесса.

Свойственна больным шизофренией, в целом еще очень сохранных и не обнаруживающих каких-либо процессуальных изменений, появляющаяся иногда вскоре после возникновения дисморфомании бредовая (и притом уже довольно нелепая) трактовка локальных сенестопатий. (Кстати, об этом больные рассказывают так же, как и о самих идеях физического недостатка, очень неохотно,

подчас только после долгих расспросов.)

Так, больной с убежденностью в том, что пушковые волосы на ушах являются «ужасным уродством», буквально осаждавший косметологов с требованием «избавить его от этого ужасного недостатка», затем признался врачу, что он почти постоянно ощущает, как «волосы пробиваются сквозь кожу толчками и с треском». Другая больная с бредом физического недостатка, касающегося «безобразно красного носа», сообщала, что она не только испытывает чувство жжения и жара в носу, но и уверяла, что все это — в связи с «расширением всех сосудов носа от умственного напряжения», что она «ясно чувствует, как сосудики расширяются».

В пользу диагноза шизофрении могут в известной степени свидетельствовать и выявляемые иногда при тщательном собирании анамнестических сведений так называемые форпост-симптомы (предвестники, «зарницы»). Мы могли отметить подобные явления у 8 больных, причем у двух из них — в виде очень кратковременных идей уродства, возникших у одной больной в семь лет, у другого — в десять. Первая больная внезапно прибежала к матери и в страхе закричала: «Я сейчас в зеркале увидела, какая я страшная, какой урод!», но вскоре успокоилась и больше об этом ничего не говорила. (Заболела в 15 лет, идеи физического недостатка касались «безобразной формы ушей».) Второй больной, с 16 лет утверждавший, что у него «ляжки, как у толстой бабы», потом рассказал, что 6 лет назад, во время игры в футбол, ему «вдруг почудилось», что ноги у него «как-то раздуваются», но «это было совсем недолго».

Еще одной чертой нозологической специфичности дисморфомании может быть своеобразная реакция на психогенные воздействия. Известны работы, в которых указывается, что психические травмы нередко весьма модифицируют клиническую картину шизофрении [Морозов Г. В., Ильинский Ю. А., 1979; Черняев А. И., 1980].

Особенностью наблюдаемых нами больных шизофренией с сформировавшейся, синдромально очерченной дисморфоманией является отсутствие видоизменения основной клинической картины под влиянием психогенных факторов, в том числе и массивных психотравм (смерть матери, исключение из института и т. д.). Чаще всего реакцией при этом было лишь утяжеление депрессии, причем на очень непродолжительное время. И, напротив, крайне незначительные ситуационные воздействия, касающиеся «больного пункта» (отказ в производстве

косметической операции, чье-то ироническое замечание по поводу внешности больного и т. д.), вызывали заметное усиление выраженности всех психопатологических расстройств.

Определенную диагностическую и прогностическую информацию может давать и характер синдроменеза. Первичное возникновение в указанной выше триаде идей отношения — также один из показателей процессуальной природы дисморфомании; это же в известной степени свидетельствует и о более неблагоприятном течении процесса в дальнейшем. Первоначальное развитие депрессивного состояния прогностически наиболее благоприятно.

Синдром дисморфомании в клинике вялотекущей шизофрении

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Шизофрения с медленным, вялым течением, имеющая почти вековую историю, стала особенно интенсивно изучаться в последнее время [Сухарева Г. Е., Шур И. В., 1935; Сухарева Г. Е., 1937—1974; Наджаров Р. А., 1955; Озерецковский Д. С., 1959; Шмаонова Л. М., 1963, 1965, 1966, 1968; Кондратьев Ф. В., 1965; Вроно М. Ш., 1966, 1967, 1971; Воловик В. М., 1971, 1980; Мазаева Н. А., 1978, 1980; Личко А. Е., 1979; Коцюбинский А. П., 1980; Кекелидзе З. И., 1981, и др.].

По данным М. Ш. Вроно (1983), среди других форм детской и подростковой шизофрении вялотекущая является наиболее распространенной, составляя около 50 % всех наблюдений. При этом автор отмечает, что течение малопрогредиентной шизофрении может быть и непрерывным, и шубообразным, но приближающимся к непрерывному вялому.

По нашим данным, вялотекущая шизофрения, манифестирующая синдромом дисморфомании, чаще имеет непрерывное течение и значительно реже — приступообразно-прогредиентное со «стертыми» шубами, которые нередко трудно дифференцировать с обострениями непрерывно-текущего малопрогредиентного процесса.

Синдром дисморфомании у больных вялотекущей шизофренией может занимать по значимости различное положение, иметь различную акцентуированность, то длительно существуя и преобладая над остальной

«малосиндромальной» симптоматикой, то постепенно занимая второстепенное место.

Л. М. Шмаонова, изучавшая вялотекущую шизофрению с большой длительностью заболевания (от 20 до 67 лет) и также подчеркивавшая частое возникновение этой формы в пубертатном и юношеском возрасте (начало процесса в возрастном периоде от 11 до 20 лет в 51,7 %), по преобладанию болезненных нарушений и характеру их клинических проявлений выделяла больных с преимущественно неврозоподобной, паранойяльной, психопатоподобной и аффективной симптоматикой. Это разделение вполне может быть принято и в отношении наших больных (преобладание в одних случаях паранойяльного синдрома дисморфомании или же констатируемое в других случаях «второплановое» его положение по отношению к неврозоподобной, психопатоподобной и другой симптоматике).

В соответствии с задачами изучения мы преимущественно отбирали больных с преобладанием сверхценно-паранойяльной дисморфомании.

Характеризуя доманифестные состояния юношеской шизофрении, Л. Г. Пекунова (1974) в случаях с вялотекущим процессом отмечала преобладание шизоидных черт личности (70 %). В наших наблюдениях также в основном встречались шизоидные личности (наряду с сензитивными), значительно реже — личности с чертами эксплозивности.

Инициальная симптоматика обычно была представлена у этих больных либо неврозоподобными, либо психопатоподобными нарушениями. Последние выражались в появлении не свойственного больным прежде истероформного типа реагирования или в возникновении психастенических реакций, также ранее больным совершенно не свойственных. Заболевание у таких больных начиналось обычно с появления чувства неуверенности в себе, стеснительности, застенчивости, затруднения общения с людьми, особенно незнакомыми, с недифференцированного ощущения какой-то неполноценности, лишь позднее «понятой» как «следствие физического уродства». Подобное начало шизофренического процесса очень напоминало клиническую картину, которую Г. П. Пантелеева (1965) описала как проявление вялотекущей шизофрении с клиническими изменениями по психастеническому типу.

Истерическая симптоматика проявлялась в эпизодически

возникающих двигательных или сенсорных нарушениях, а также в не свойственных ранее больным истерических особенностях поведения. При этом истерические нарушения проявлялись не только в инициальной стадии, но возникали и в процессе течения заболевания.

Неврозоподобная симптоматика (кстати сказать, наличие инициального этапа, проявлявшегося этой симптоматикой, отмечалось обычно в значительно более раннем возрасте) была представлена раздражительностью, ухудшением сна, утомляемостью и иногда разного рода навязчивыми страхами.

В рассматриваемой группе больных только в одном наблюдении была сразу же диагностирована шизофрения, в большинстве же случаев ставились такие диагнозы, как «психастения», «невроз навязчивых состояний», «невротическая ипохондрия», «невротическое состояние» и т. д.

Синдром дисморфомании, присоединившийся в дальнейшем (по нашим наблюдениям, спустя 1 год—17 лет), имел ряд особенностей. Во-первых, этот синдром, как правило, не был единственным у этих больных, а сочетался на всем протяжении своего существования с другой симптоматикой: неврозоподобными, нерезко выраженными психопатоподобными нарушениями, иногда диффузными ипохондрическими расстройствами, обычно не связанными по содержанию с бредом физического недостатка. Кроме того, у этих больных к синдрому дисморфомании довольно скоро присоединялся синдром деперсонализации, либо существующий какое-то время параллельно синдрому дисморфомании, либо постепенно как бы замещающий его.

Иногда одновременно с синдромом дисморфомании появлялись рефлексия, бесконечное стремление к «самонаблюдению», самоанализу. Один больной так прямо и писал: «Как появился у меня этот физический дефект, так возникло и бесконечное самоанализирование, я просто не знаю, откуда у меня это взялось». Однако, несмотря на такую «мозаичность», полиморфность симптоматики, обнаруживаемой у больных наряду с синдромом дисморфомании, вся она относилась к кругу «простых», или «малых», симптомов. Иными словами, здесь не наблюдалось хотя бы кратковременных, эпизодических «инорегистральных» симптомов в виде, например, мимолетно появляющихся (как это отмечалось на паранойальной стадии параноидной шизофрении) рудиментов синдрома психического автоматизма или характерного для неблагоприятно протекающей юношеской

шизофрении сочетания синдрома дисморфомании с различной негативной симптоматикой. Иллюстрацией может служить приводимое ниже наблюдение.

Больная У. наблюдалась с 1957 г. по 1976 г. Мать больной — раздражительная, несдержанная, плаксивая, склонная к конфликтам. Постоянно с кем-нибудь ссорилась, особенно со своей матерью — бабушкой больной, чаще всего по поводу различных точек зрения на вопросы воспитания. Следила за каждым шагом дочери, постоянно старалась ее во всем опекать. Одновременно с дочерью (нашей больной) находилась на стационарном лечении в другом отделении психиатрической больницы с диагнозом «реактивное состояние». У остальных родственников каких-либо психических заболеваний не было.

Больная — единственный ребенок в семье, всегда очень опекаемый бабушкой и особенно матерью. С детства «тяжело реагировала» на постоянные ссоры и скандалы между матерью и бабушкой, обижалась за бабушку, постоянно оскорбляемую матерью. Находила бабушку более объективной и справедливой и в конце концов «просто возненавидела мать».

Больная с детства была чрезвычайно настойчивой и упрямой, всегда очень тяготилась гиперопекой матери, «любила дерзить ей и делать назло». К отцу относилась с большой теплотой, но и он «вызывал раздражение своей мягкотелостью», тем, что не возражал против «скандального поведения матери». Теплее всего относилась к бабушке, считала ее «несправедливо обижаемой» и жалела. Учиться пошла с 7 лет, училась легко и всегда очень хорошо, много читала, принимала активное участие в общественной жизни. К товарищам была очень требовательной, не прощала никаких недостатков и слабостей, любила «воспитывать».

Перенесла в раннем детстве корь, коклюш, воспаление легких, в школьные годы — желтуху и эндокардит, а также какое-то «лихорадочное заболевание» с высокой температурой и кратковременными делириозными явлениями. Менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные.

В августе 1954 г. (15 лет) перенесла острый энтерит с выраженными расстройствами деятельности кишечника. В октябре 1954 г. «был сильнейший скандал» с родителями из-за того, что мать не пустила больную на полевые работы, куда отправился весь их 9-й класс, «чтобы не было отслойки сетчатки» (у больной с раннего детства миопия). Больную

все это особенно огорчало потому, что во время поездки в колхоз класс очень подружился и она чувствовала себя в нем «какой-то посторонней». «Три дня ревела, не переставая, и решила, что никогда этой обиды матери не прощу».

Вскоре после этого случая больная начала помогать отстающему мальчику из их класса, который ей очень правился. Однажды, когда он молча решал заданную ею задачу и «наступила такая тишина, что Даже неприятно стало», больная внезапно с испугом подумала, что «вдруг сейчас что-нибудь случится с животом такое, как было во время поноса». Вскоре после этого «с ужасом почувствовала», что действительно началось урчание в животе. На следующий день, когда больная вновь занималась с этим мальчиком и еще с одним из их же класса, она вдруг почувствовала, что «не может удержать газы и в комнате распространяется типичный запах» Очень смутилась, никак не могла успокоиться, все время об этом думала — «было ужасно стыдно от этого позора».

После этого не могла видеть этих двух мальчиков, так как при встрече с ними «тут же начинала чувствовать, что не удерживаю газы». В течение полутора — двух недель «недержание газов» появлялось только в присутствии кого-либо из этих ребят, а затем — в любом месте скопления народа. Больная «вначале вспоминала об этом», а затем «все начиналось на самом деле». Если больная была чем-то сильно увлечена, то «недержания газов» не отмечалось. Но после этого вновь возникало «ощущение отхождения газов» и «запах», да и окружающие «начинали жаловаться на духоту». Месяца через четыре все прошло, больная продолжала хорошо учиться, успешно окончила 9-й класс, но осенью 1955 г. «все возобновилось». На этот раз больная не могла связать появление «недержания газов» ни с какими внешними событиями.

С трудом ходила в 10-й класс, тяготилась обществом сверстников, часто пропускала занятия. Не ходила в кино и театр, прежде часто посещаемые, избегала ездить в общественном транспорте. Дома чувствовала себя значительно лучше, но становилась еще более вспыльчивой и раздражительной, чем раньше С января 1956 г. перестала ходить в школу совсем, полгода сидела дома, затем устроилась на работу монтером, чтобы «больше бывать на улице, а не на людях, там запах меньше чувствуется». С осени 1957 г. возобновила учебу, но через несколько месяцев вновь бросила, так как «не в силах была встречаться с учителями даже иногда».

Ввиду упорных жалоб больной на «недержание кишечных газов» ее неоднократно обследовали с подозрением на дизентерию, даже стационарировали в инфекционную больницу, но ничего не обнаружили. После этого родители начали показывать больную разным специалистам и, наконец, привезли в Москву (семья в это время жила в Сибири), где больная также неоднократно была консультирована в различных учреждениях.

После многочисленных консультаций больной ставились следующие диагнозы: «подозрение на шизофрению», «сензитивный бред отношения», «невроз ожидания», «невроз навязчивых состояний», «невротические реакции (невроз органов) и реактивное состояние на них у психопатической личности», «ипохондрическое развитие», «патологическое развитие».

В марте 1957 г. была стационарирована в психиатрическую больницу.

Физический статус: по заключению терапевта у больной имеется компенсированный порок митрального клапана и некоторое повышение функции щитовидной железы. Рентгеноскопическое исследование кишечника обнаружило «нерезко выраженный хронический колит со спастическими компонентами».

Неврологический статус: повышение сухожильных рефлексов, красный стойкий дермографизм, знаков органического поражения ЦНС не отмечается.

Психический статус- полностью ориентирована, избирательно контактна. Очень тяготится своим состоянием, рассказывает о нем со слезами на глазах, затем начинает громко плакать. Не допускает мысли, что ей это только кажется. При попытках разубеждения сразу же раздражается, повышает голос, дает выраженную вегетативную реакцию. Убеждена, что непроизвольно «портит» воздух, иногда сама это чувствует, иногда же «знает» только по реакции окружающих. Уверяет, что стоит ей где-либо появиться, как тут же начинаются разговоры о духоте, открывание форточек и проветривание помещения, а «раза два и прямо говорили, что пахнет». Иногда, находясь в обществе, «ощущает, как отходят газы», «чувствую их струение».

Старается меньше быть в палате, позже всех ложится спать, обеспокоена тем, что ей всю ночь приходится быть с людьми: «Каждое утро обязательно начинаются разговоры о духоте, я же прекрасно понимаю, кого они имеют в виду».

Просит врача разговаривать с пей отдельно, если в это время кто-либо входит в кабинет, тут же умолкает, отворачивается, знаками показывает врачу, что надо прекратить беседу.

Объясняет свое заболевание неправильной функцией кишечника («вот и рентгенолог сказал, что у меня спастический колит») или слабостью сфинктера. Ищет помощи, но в то же время не верит в выздоровление, признается, что уже неоднократно думала о самоубийстве. Сообщает, что основное, что ее ужасно тяготит, это невозможность быть на людях («я как бельмо на глазу»).

Обнаруживает довольно высокий интеллект, большую начитанность. Мышление — без нарушений. Во время бесед на посторонние темы правильно реагирует па шутку, с юмором рассказывает о многих эпизодах своей жизни. Стоит, однако, в разговоре коснуться хотя бы мельком темы о ее «позоре», как больная становится напряженной, раздражительной, начинает плакать.

В отделении старается почти все время быть в коридоре. Избирательно общительна, вспыльчива, иногда бывает очень грубой. Особенно груба с приходящей к ней па свидание матерью, говорит ей неприятные вещи, заявляет, что «заболела из-за нее». В то же время, когда узнает о высоком артериальном давлении матери, на время делается приветливой и даже мягкой, а затем вновь начинает ссориться с ней.

С сотрудниками отделения ведет себя довольно дифференцированно не терпя, например, никаких замечаний от молодых сестер, отвечая им грубостями, в то же время на замечания врачей реагирует вполне правильно и даже пытается дать оправдание своим конфликтам: «не терплю несправедливости», «это я ссорюсь из-за своей принципиальности» и т. д.

Получила амитал-кофеиновую терапию, гипнотерапию, общеукрепляющие средства Выписана без существенных изменений. В 1958 г находилась в больнице им. Кащенко, лечилась аминазином. Существенных изменений в состоянии также не произошло. После выписки пыталась учиться и работать, вскоре оставила и то, и другое, так как совсем не могла находиться среди людей. Окончила курсы шоферов, но работать также не смогла — «надо было с людьми встречаться». Всячески избегала общества, почти все время сидела дома, очень этим тяготилась Стала еще более раздражительной и вспыльчивой, постоянно

ссорилась с матерью, не терпела никаких возражений.

В январе 1960 г. повторно поступила в психиатрическую больницу с той же единственной жалобой, как и раньше,— «недержание газов».

В психическом статусе никаких существенных изменений по сравнению с первым пребыванием не обнаружила, была только более Депрессивной, чем прежде, много плакала, высказывала суицидальные мысли.

Получала антидепрессивное лечение (амитал-кофеиновое растормаживание, тофранил). Настроение значительно улучшилось, стала общительнее, охотно контактировала с окружающими. С меньшей эмоциональной реакцией говорила о «неудержании газов», нисколько не сомневаясь, однако, в полной реальности этих патологических переживаний. Иногда, правда, заявляла, что «теперь все хорошо, газов нет», но, как это стало ясно из катamnестических данных, она «нарочно это говорила», так как «больница надоела до чертиков». Выписалась с диагнозом: невротическое развитие с синдромом дисморфофобии.

После выписки в мае 1960 г. поехала к себе домой. Состояние было «то немного лучше, то совсем плохое». Искала работу «по своим данным», работала маляром, станочницей, лаборантом в техникуме, везде понемногу, так как очень тяготилась пребыванием даже в немногочисленном обществе. Полгода нигде не работала; за это время заочно окончила 10 классов. Учеба давалась легко, но «ужасно было» ходить в школу, сдавать экзамены. В то же время всем интересовалась, много читала, старалась одеваться по моде. По-прежнему была очень трудной по характеру. В январе 1962 г. поступила на работу в проектный институт корректором, быстро вошла в курс дела, но уже через десять дней «от невозможности быть в одной комнате с другими работниками» настояла на переводе ее на должность курьера— «была все время в движении и не успевала очень портить воздух в одном месте». Но и эта работа тяготила больную («как войду в помещение, там уже и окна открывают или па спертый воздух жалуются, или носы себе прикрывают»), и в мае 1962 г. она устроилась па работу в геологическую экспедицию, вначале речником, затем корректором, а потом даже исполняла обязанности инженерно-технического работника.

Всю весну, лето и первую половину осени чувствовала себя вполне удовлетворительно, с увлечением и много работала,

хорошо справлялась со всеми обязанностями — «главное, была на воздухе и спала отдельно в палатке».

С наступлением холодов пришлось жить в одной комнате с большим количеством людей. Состояние резко ухудшилось, «все чаще стали отходить газы», обычно ощущала их истечение, иногда чувствовала и запах. Испытывала страхи, что это «каждую минуту пребывания в обществе может повториться». Особенно волновалась вечером, так как ночью «все это могло быть особенно сильно». Уже заранее, перед тем как входить в помещение, начинала волноваться и испытывать страхи, что не удержит газы.

В период некоторого улучшения состояния (в январе 1963 г.) поступила на заочное отделение геолого-разведочного факультета политехнического института. Однако в связи с ухудшением состояния к учебе так и не приступила. Особенно плохо почувствовала себя весной, в марте 1963 г. и все чаще стала думать о самоубийстве.

Работу в экспедиции оставила, обратилась в психоневрологический диспансер, два месяца находилась на больничном листе. Принимала аминазин (по 300 мг в сутки), очень много спала. Улучшилось настроение, «стала гораздо спокойней», но убежденность в непроизвольном отхождении кишечных газов держалась по-прежнему.

В связи с появлением аллергической реакции принимать аминазин перестала и вернулась к работе в экспедицию. Однако проработала только неделю, так как в мае 1963 г. попала под машину, получила двойной перелом ноги и тяжелое сотрясение мозга 11 часов находилась в шоке и затем в течение десяти дней — в состоянии оглушения. Из-за тяжелых переломов лежала в различных хирургических отделениях 6 месяцев.

В течение нескольких месяцев после травмы «газы почти не беспокоили», спокойно находилась в палате, избегая, однако, ходить смотреть передачи по телевизору.

Отмечались трудности при общении, больная была очень требовательной, пыталась занять в палате командное положение, не терпела никаких возражений. Объясняла это «своей любовью к справедливости» и «принципиальным, упорным характером».

По выписке некоторое время передвигалась только на костылях, но никаких особых огорчений по этому поводу не выявляла. «Было еще тяжелее и прошло, и это пройдет,

только бы газы не мучили».

С юмором описывала многие эпизоды из пребывания в хирургическом отделении, шутила, но при первой же попытке врача разубедить ее в том, что она «не удерживала газы», сразу дала злобную вспышку с выраженной негативной реакцией. Успокоившись, сообщила врачу, что только этот «дефект» ей и мешает в жизни, так как у нее «совсем не пустая голова» и «очень упорный характер». Думает продолжать работу и заочно учиться.

Никакой депрессии в это время не обнаруживала, суицидальные мысли категорически отрицала. К родителям относится пренебрежительно, особенно к матери—«слабая, вздорная женщина, жизнь только мне испортила своими глупостями». К отцу, который возит ее по врачам, относится с некоторой теплотой, но называет его «слабохарактерным существом». Через год поступила в университет (математический факультет) и успешно его окончила (1970 г.). Во время учебы «отделение газов» периодически усиливалось, так что по 2—3 недели никуда из дома не выходила, затем становилось, «более или менее терпимо». По распределению 3 года работала математиком в вычислительном центре. С первых же дней все на работе стало «ужасно раздражать», конфликтовала с сотрудниками. Усилились переживания по поводу выделения кишечных газов, плохо спала, быстро уставала, периодами возникали беспредметные страхи. По договоренности на работе свои служебные обязанности практически выполняла дома. В связи с очередным конфликтом демонстративно подала заявление об увольнении. С тех пор не работает (1973 г.). После увольнения часть времени проводила дома, много читала, к общению и знакомствам не стремилась. С родителями была груба, резка, требовала подчинения во всем. В последующем дважды (1975 и 1976 гг.) приезжала в Москву и лечилась в психиатрической больнице. Состояние свое старается диссимулировать, однако при расспросах о «недержании газов» начинает волноваться, дает выраженную вегетативную реакцию, ломает пальцы рук, в слезах просит о помощи. Чувствует себя виноватой за то, что живет на иждивении родителей, что не может работать, «не оправдала возложенные на нее большие надежды», сожалеет, что не поступила в аспирантуру, так как «учиться и работать ей легко», но «в коллективе быть практически невозможно».

Состояние неустойчивое, с периодическими обострениями, когда «газы особенно интенсивно отходят». В эти периоды старалась быть в проветренных местах, любые замечания о

духоте в палате «принимала на себя». В присутствии других пациентов появлялось ощущение тепла и влажности в заднем проходе, «чувствовала сильное образование газов» и урчание в животе. Будучи в одиночестве, этих ощущений не испытывала и «газы не шли». В периоды улучшения состояния резко выявлялись психопатоподобные особенности личности: раздражалась по малейшему поводу, ссорилась с другими больными и младшим персоналом, выражала недовольство порядками отделения, иногда демонстративно не разговаривала с врачами, не принимала лекарства. Была крайне обидчива и ранима. После проведенного лечения (общеукрепляющая терапия, терален, аминазин, на ночь эуноктин) стала спокойней, заметно упорядочилось поведение. Уверяла, что «отхождение газов» теперь ее почти не беспокоит, хотя и опасалась, что вне больницы «опять все вновь возобновится».

Первое время дома чувствовала себя хорошо, только беспокоили вялость и сонливость, связанная с приемом поддерживающих доз лекарств. В дальнейшем эпизодически, когда уставала (например, после длительного чтения) снова стала отмечать «недержание кишечных газов». Большую часть времени проводила дома. Вскоре вновь стала раздражительной, по любому поводу вступала в конфликт с матерью. Ничем не занималась («не было никакого желания»), в основном лежала в постели. Часто с тоской думала о своей бесперспективности, о том, что, несмотря на наличие специальности, она не может работать и живет на иждивении родителей. Много плакала, перестала принимать лекарства.

При повторном стационарировании критики к своим переживаниям в связи с «недержанием кишечных газов» по-прежнему нет. Плаксива, что связывает с печальными мыслями о будущем. Настроение неустойчивое: то активно общается с больными, проявляет интерес к окружающим, то становится мрачной, ограничивает контакты, много лежит. Отмечает «какое-то опустошение чувств», холодность, отсутствие желания чем-либо заниматься, с кем-то общаться, дружить. Ощущение «недержания кишечных газов» возникало реже и обычно в связи с замечаниями окружающих о духоте, необходимости проветрить помещение и т. д. Так, например, при словах одной из больных о том, что в помещении пахнет гарью, тут же ощутила жжение в заднем проходе. Оставив работу, вышла из помещения, затем долго плакала. В дальнейшем при улучшении (под влиянием лечения) настроения больная стала обнаруживать склонность к резонерству и определенное эмоциональное снижение, оставаясь в то же

время очень обидчивой и ранимой. Формальные способности сохранены, однако круг интересов снижен. На словах стремится к трудовой деятельности, но никаких реальных попыток в этом отношении не предпринимает. Контакт с окружающими стал носить все более формальный характер. Менее выражены психопатоподобные особенности поведения.

Данное наблюдение, подобное целому ряду других из группы больных с малопрогредиентной (вялотекущей) шизофренией, долгое время вызывало большие диагностические трудности. Так, патологический склад характера (явная переоценка собственной личности, стремление в любом случае занимать ведущее положение, нетерпимость к возражениям, склонность к аффективным вспышкам, к постоянным конфликтам с окружающими), свойственный данной больной с детства, здесь прежде всего импонировал как пример сложного интерферирования наследственных и приобретенных в результате неправильного воспитания особенностей личности.

В 15-летнем возрасте у этой больной после перенесенного энтерита аффективно возникает убежденность в недержании кишечных газов, занимающая затем на протяжении многих лет доминирующее место в ее сознании и определяющая все поведение больной.

Эта сверхценная убежденность (в данном случае действительно имеется то, что Wernicke С. (1982) — родоначальник учения о сверхценных идеях — назвал «воспоминанием о полных аффекта переживаниях»), не поддающаяся никакой коррекции, с некоторыми колебаниями в интенсивности, а иногда даже исчезая на какое-то время, тем не менее существует у больной уже на протяжении 24 лет и по сути приобретает характер паранойяльного бреда.

В то же время это сверхценное образование — не моносимптом, а, как обычно, характерный синдром, включающий в себя колеблющуюся в своей интенсивности депрессию (иногда вплоть до суицидальных тенденций), идеи отношения, телесные сенсации и иногда — обманы восприятия. У данной больной последние вернее всего можно трактовать как аффектогенные — ощущение «запаха» кишечных газов возникает только на высоте переживаний, в момент наибольшей аффективной напряженности.

Особо следует остановиться на идеях отношения, занимающих в переживаниях больной чрезвычайно

большое место. В данном наблюдении имеется общий для всех больных с подобными переживаниями факт — возникновение патологических переживаний только на людях, в обществе и как следствие этого стремление больных от общества удалиться. (Больная, хорошо справляясь с обязанностями корректора, только чтобы не быть на людях, идет работать курьером, хорошо чувствует себя во время пребывания в геологической экспедиции.)

Что касается динамики заболевания в целом, то здесь прежде всего надо отметить постепенное утяжеление патологических черт характера больной при достаточной стабильности собственно синдромальной структуры сверхценно-паранойального образования в виде убежденности в недержании газов, чрезвычайно стойкого и длительного, хотя и склонного к колебаниям в интенсивности своих проявлений.

В объяснении причин стойкости этого синдрома нельзя, по-видимому, оставить без внимания, помимо всего прочего, и определенную «соматогенность» его — постоянное подкрепление патологической структуры соответствующей аффектацией, идущей с интерорецепторов (острый энтерит, затем хронический спастический колит). Стоит отметить и такую особенность: вначале имела место лишь количественная динамика психопатических черт при значительной дифференцированности психопатического поведения больной: с родителями она разрешала себе то, что не позволяла на работе; с молодыми сестрами то, что не допускала с врачами и т. д. Затем патологические особенности поведения стали проявляться и в отношении уже ко всем окружающим (к сотрудникам и начальнику на работе, к лечащему врачу и т. д.).

Перечисленные особенности течения заболевания давали нам основание довольно длительное время относить эту пациентку к группе больных с патологическим (паранойальным) развитием. Этому способствовали факт творческого роста больной, проявление различных способностей. Например, во время пребывания в геологической экспедиции больная, не имея специальной подготовки, успешно выполняла обязанности инженерно-технического работника, затем окончила институт и хорошо справлялась со сложной работой.

Трудности дифференциальной диагностики связаны также с весьма характерным для случаев с подобной симптоматикой чрезвычайным разнообразием диагнозов, выставляемых больной при обращаемости к разным психиатрам («невроз навязчивых состояний», «невроз

ожидания», «ипохондрическое развитие» и т. д.), что является выражением не только (и, вероятно, не столько) определенной недоговоренности в вопросах классификации, но главным образом отражением сложности в оценке рассматриваемой патологии.

Взятая в «поперечном разрезе» клиника данного случая (как и других, подобных ему) может действительно производить недостаточно ясное впечатление, но все равно вряд ли здесь можно говорить о невротических реакциях, так как речь по сути идет о психотическом синдроме.

Нет также оснований характеризовать состояние больной как ипохондрическое развитие. Во-первых, потому что такой диагноз отражал бы только часть симптоматики — патологическую убежденность в неправильной работе кишечника и, во-вторых, главным образом потому, что существуют и определенные качественные отличия описываемого синдрома от типично ипохондрического: отсутствие какого-либо беспокойства о своем здоровье, доминирующее положение идеи отношения, основная акцентуированность не на состоянии своего организма, а на взаимоотношениях с людьми, с обществом, нарастание психопатоподобных расстройств, вначале дифференцированных, а затем принимающих все более гротескный характер. Обращает на себя внимание своеобразная «перемежаемость» психопатоподобных нарушений и болезненных переживаний в виде убежденности в распространении запаха кишечных газов. В эти периоды больная становится молчаливой, плачет, уединяется. С течением времени ранимость и обидчивость появляется у больной и вне связи с этими болезненными переживаниями, становясь наряду с грубой психопатизацией и нарастающей эмоциональной холодностью основными особенностями личности больной («стекло и дерево»). К процессуальной негативной (хотя и нерезко выраженной) симптоматике надо отнести и профессиональную бездеятельность больной, когда уже нет прежних огорчений из-за невозможности трудиться, а все «стремления» работать остаются лишь на вербальном уровне, носят формальный характер, так же как и контакты больной с окружающими. Надо отметить и некоторую «депсихопатизацию», когда наряду с нарастанием эмоциональной холодности стали менее выраженными психопатоподобные расстройства.

шизофрении

возрасте
Коркина М.В.

Особенностью клинической картины психоза у наблюдавшихся нами больных с параноидной шизофренией было то, что синдром дисморфомании выступал в этих случаях в качестве первичной продуктивной психопатологической симптоматики и в виде сверхценно-паранойального или паранойального образования мог существовать от 3 до 20 и более лет, причем психоз в дальнейшем принимал течение, характерное для непрерывно-текущей параноидной шизофрении. Этот «дисморфоманический этап» отвечал всем особенностям паранойальной стадии параноидной шизофрении [Курашов С. В., 1955; Соцевич Г. Н., 1955; Шуйский Н. Г., 1958; Сологуб Ю. Л., 1959, и др.].

О близости патологических идей физического недостатка у подростков с паранойальной формой шизофрении у взрослых писала Г. Е. Сухарева (1974). По мнению А. Е. Личко (1979), «паранойальные картины» в подростковом возрасте оказываются дебютом параноидной формы. У 39 % больных возникновению синдрома дисморфомании предшествовали нерезко выраженные психопатоподобные или неврозоподобные явления, чаще всего в виде не свойственных больным прежде раздражительности и грубости, плохого сна, головных болей, повышенной утомляемости и эпизодически появляющихся ночных страхов. У 61 % обследуемых до появления синдрома дисморфомании никаких патологических расстройств отметить не удавалось, т. е. этот синдром был проявлением инициальной симптоматики начинающегося процесса, исчерпывая на определенном этапе болезни всю клиническую картину. Иные же психопатологические нарушения протекали как бы на субклиническом уровне.

Возникал синдром дисморфомании у этих больных или медленно, как бы поэтапно (вначале либо только идеи физического недостатка, либо только идеи отношения, либо только депрессия, а затем уже присоединение остальной симптоматики), или внезапно, остро, сразу целой характерной триадой. Подобное возникновение синдрома происходило вскоре после рассматривания себя в зеркале либо вслед за насмешливым замечанием кого-нибудь из окружающих, либо, наконец, без всяких внешних поводов, по типу «озарения».

У больных рассматриваемой группы синдром дисморфомании носил, как правило, характер стойкого монотематического паранойального образования (иногда со склонностью к колебаниям интенсивности его) и

исчерпывал по сути всю клиническую картину определенного этапа болезни. В некоторых случаях на какой-то период отмечалось и полное исчезновение указанного синдрома, что давало повод к ошибочному диагнозу. В то же время истинное исчезновение синдрома дисморфомании на тот или иной период наблюдалось значительно реже, чем это могло показаться вначале, ввиду чрезвычайной (о чем уже неоднократно упоминалось) склонности таких больных к диссимуляции своих переживаний, которой они владеют подчас очень искусно.

В 15 % наблюдений (чаще всего спустя 1—2 года после возникновения синдрома дисморфомании, но иногда и позже) на фоне такого монотематического паранойяльного образования могли развиваться, обычно в рудиментарном виде и, как правило, вначале мимолетно, транзиторно, такие характерные для шизофрении явления, как ощущение пустоты в голове, кратковременное чувство особенной значимости происходящего вокруг, а также кратковременные переживания какой-то особой связи с окружающими, явления типа приступов Клосса и т. д. Однако, как уже отмечалось, эти переживания, как бы «вклиниваясь» в основную симптоматику, обычно были настолько кратковременными и малозначимыми в субъективной оценке больных, целиком охваченных паранойяльной убежденностью в собственном уродстве, что очень часто проходили почти незамеченными.

Что касается дальнейшей динамики синдрома дисморфомании, то чаще всего первой исчезала депрессия, затем идеи отношения и дольше всего держался «гвоздь синдрома» — бред физического недостатка. В редких случаях, наоборот, наиболее длительно существовали идеи отношения. Своеобразную динамику претерпевала и патологическая тенденция больных к исправлению своего «недостатка». Активность в стремлении исправить его любым путем зависела не только от интенсивности основного синдрома, но также от длительности процесса и степени изменения личности.

С нарастанием шизофренических изменений в виде эмоционального снижения, замкнутости, безынициативности отмечавшееся ранее у больных активное стремление «переделать» ту или иную часть тела постепенно уменьшалось, а затем и исчезало совсем.

У многих больных между этапом действительно активного стремления к исправлению «недостатка» и периодом все более нарастающего равнодушия к нему отмечается своеобразная псевдоактивность, когда они много говорят о необходимости, например, косметической операции, строят в этом отношении различные, иногда совершенно нереальные планы, требуют помощи от родных, но сами уже никаких действенных мер не предпринимают. В дальнейшем и эта вербальная активность, если можно ее так назвать, все более уменьшается, и больные, еще не утратив прежнего убеждения в «уродстве», говорят об этом все с меньшим эмоциональным «зарядом»: «уже привык», «притерпелся», «бывает уродство и похуже», «уже немолоденькая лицом заниматься» и т. д.

У рассматриваемых больных на этапе, представленном в основном синдромом дисморфомании, процесс обычно протекал медленно, вяло и более или менее благоприятно в отношении изменения интеллекта. Такие больные подолгу оставались активными, продолжали успешно справляться со своими обычными обязанностями как в семье, так и в учебном заведении или на работе, нередко, особенно в начале заболевания, обнаруживали даже значительный творческий рост.

Шизофренические нарушения мышления, нарастающие у таких больных очень медленно и постепенно, выражались чаще всего в негрубой паралогичности, некоторой склонности к резонерству, симптомах логического соскальзывания, иногда в виде так называемого патологического рационализма. Гораздо большие и значительно ранее выявлявшиеся изменения возникали у этих больных в эмоционально-волевой сфере, преимущественно в виде довольно быстрого присоединения к синдрому дисморфомании психопатоподобных черт поведения. Однако динамическое наблюдение над такими больными показало, что подобное нарастание психопатоподобной симптоматики является не выражением шизофренического дефекта, а всего лишь реакцией процессуального характера, на чем мы в дальнейшем остановимся более подробно. Собственно же дефицитарная симптоматика в виде эмоционального оскудения, абулических явлений, снижения энергетического потенциала у таких больных выявлялась обычно с небольшой интенсивностью и спустя длительное время, уже при дальнейшей трансформации клинической картины. Эти больные значительный период времени оставались достаточно активными, у них не

обнаруживалось выраженного эмоционального снижения, чаще выявлялась лишь некоторая неадекватность эмоциональных реакций.

Просуществовав несколько лет, синдром дисморфомании у таких больных либо полностью исчезал и сменялся совершенно иной симптоматикой, либо, несколько редуцируясь (исчезновение депрессии, затем идей отношения), как бы «врастал» в параноидный синдром, все более «окружаясь» типичной шизофренической симптоматикой не только в виде продуктивных образований, но и в виде процессуальных «минус-симптомов».

При этом необходимо отметить и такой факт, что вялое, медленное течение шизофренического процесса, начинающегося синдромом дисморфомании, со сменой этого синдрома приобретало более активное течение с соответственно более быстрым присоединением процессуальной симптоматики. Дальнейшая динамика такого шизофренического процесса, по нашим данным, выражалась следующим образом:

а) полная смена синдрома дисморфомании параноидным синдромом непосредственно или через возникший затем и существующий какое-то время синдром навязчивых состояний. В единичных случаях довольно кратковременный, но чрезвычайно яркий по клиническим проявлениям синдром навязчивых состояний возникал позднее, не тотчас же вслед за паранойяльным этапом, а уже после смены его параноидным;

б) перерастание паранойяльного синдрома в параноидный с сохранением на более или менее длительный срок «стержня» первоначальной тематики — идей физического уродства или распространения неприятных запахов, которые являлись в данном случае как бы «тематической основой» нового, параноидного образования.

При этом нужно сказать, что если первый вариант динамики наиболее характерен для больных с патологической убежденностью в наличии физического уродства (хотя у них может наблюдаться и динамика второго ряда), то у больных с болезненной уверенностью в распространении неприятных запахов (чаще всего запаха кишечных газов) мы наблюдали преимущественно второй вариант динамики.

Иначе говоря, патологическая убежденность в недержании кишечных газов — патология еще более стойкая и длительная, чем собственно бред физического уродства. Поэтому даже при дальнейшей трансформации клинической картины она не исчезает, а лишь несколько редуцируется и служит как бы основой бреда иного содержания.

Однако независимо от того, каким образом осуществлялась дальнейшая динамика, к синдрому дисморфомании любого содержания очень быстро присоединялись симптомы вторичной психопатизации, тем скорее проявляющиеся, чем раньше по возрасту началось заболевание.

Существуя какое-то время совместно с синдромом дисморфомании, это психопатоподобное состояние чаще всего было также определенным этапом заболевания. Иногда это психопатоподобное состояние «переживало» синдром дисморфомании и являлось как бы переходным этапом к следующему, чаще всего параноидному, синдрому, иногда же редуцировалось почти одновременно с исчезновением синдрома дисморфомании.

Психопатоподобное поведение у этих больных, иногда проявлявшееся волнообразно, было в общем не очень грубым и нередко оказывалось преходящим. В рассматриваемой группе больных почти не было присоединения выраженного деперсонализационного синдрома (не считая транзиторных приступов), а сенестопатии, если они и имели место, как правило, возникали вторично, уже после появления синдрома дисморфомании.

Как правило, у больных этой группы (за исключением убежденных в недержании кишечных газов)» долгое время не было галлюцинаций, как истинных, так и псевдогаллюцинаций. Подобная симптоматика обычно присоединялась значительно позднее — только на параноидном этапе развития болезни. Еще позднее и реже у больных этой группы можно было отметить появление кататонической или гебефренической симптоматики.

Процесс, начавшийся чаще всего в пубертатном возрасте, характеризовался непрерывно-поступательной формой течения. Что касается темпа течения, то здесь (естественно, с определенной долей схематизма) можно выделить следующие варианты; а) медленное, вялое

течение процесса на всем протяжении заболевания; б) смена на каком-то этапе (чаще всего параноидном) медленного, вялого течения значительно более активным, а иногда даже и злокачественным.

Синдром дисморфомании, с которого началось заболевание и который более или менее длительное время определял почти всю клиническую картину, был у рассматриваемых больных по сути первоначальным, паранойальным этапом параноидной шизофрении.

Приводим наблюдение.

Больная К., вышивальщица. Единственный ребенок в семье. Мать ее отличалась решительным и настойчивым характером, была главой семьи; с 68 лет лечится по поводу церебрального атеросклероза. Отец — мягкий, покладистый, добрый; всю жизнь уступал жене, подчинялся ее авторитету; с 65 лет также лечится по поводу атеросклероза.

Больная родилась в срок, росла и развивалась нормально. В раннем детстве перенесла корь, воспаление легких, позднее часто страдала ангинами. Травм головы не было. С детства была веселой, общительной, подвижной, имела много друзей. С 8 лет пошла в школу, училась хорошо. Принимала участие в общественной работе и особенно активно — в самодеятельности. Имела хороший голос, училась пению, учителя пророчили ей большое будущее.

Менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные. Замужем с 26 лет, было 3 беременности, из которых 2 окончились нормальными родами и одна — медицинским абортом.

В 15-летнем возрасте, «посмотрев на себя внимательно в зеркало», больная обнаружила, что у нее неправильный прикус и нижняя челюсть «выделяется вперед и в сторону» (объективно у больной действительно несколько неправильный прикус, но без заметного косметического дефекта). Стала считать себя «ужасно уродливой», перестала общаться с людьми; из веселой, живой и общительной превратилась в очень замкнутую, никого не хотела видеть, никуда не ходила. Старалась не улыбаться и как можно меньше есть, так как была уверена, что ее «уродство» особенно заметно во время еды. Резко похудела, что дало повод окружающим заподозрить у нее туберкулез легких.

При тщательном обследовании никакого соматического

заболевания не обнаружено, но масса тела больной из-за самоограничения в еде вплоть до первой беременности в возрасте 26 лет оставалась низкой (40 кг при росте 157 см).

Часто рассматривала себя в зеркале и в то же время совершенно перестала фотографироваться, будучи уверенной, что на фотографии ее «уродство» особенно заметно. Снималась только при крайней необходимости — для документов. Зимой чувствовала себя несколько лучше, так как «всегда можно было прикрыть нижнюю часть лица воротником». По окончании десятилетки год сидела дома, никого не хотела видеть. Настроение было очень подавленным, беспокоили сильные головные боли. Через год пошла работать на завод, «потому что было надо».

С 1941 по 1948 г. работала плановиком, затем до 1957 г. — техником. С работой справлялась легко, но чувствовала себя по-прежнему плохо, «жила с вечной тоской в сердце». С 1956 г. из-за болезни матери работу сменила — стала вышивальщицей-надомницей.

Свое состояние в начальный период болезни описывает следующим образом: «Я родилась очень жизнерадостной, веселой девочкой. Я очень хорошо пела, хорошо училась и была в школе, как говорится, душой общества. Но вот годам к пятнадцати я стала замечать, что у меня неладно с нижней челюстью, что она начинает выдаваться вперед и в сторону. Меня это стало огорчать. Но как раз в то время я случайно прочитала в газете статью, где говорилось о том, что один профессор успешно делает операции по исправлению челюстей с неправильным прикусом. Я так обрадовалась! Но в статье говорилось о взрослых людях, а мне было 15 лет, и я не знала, что мне делать. Посоветоваться было не с кем. От всех окружающих я тщательно скрывала свое состояние, а мама не понимала, насколько для меня это серьезно. И вообще она не придавала значения тому, что у меня развивается неправильный прикус. Я решила тогда, что вот буду взрослой и пойду к этому профессору, и он мне исправит челюсть. Газету со статьей я спрятала и успокоилась.

Прошло 3 года, челюсть моя стала еще безобразнее. Это стало заметно для окружающих. Подруги, разговаривая со мной, стали пристально всматриваться в мой рот, а я чувствовала это, не договаривала до конца, краснела и умолкала. Я перестала выступать на вечерах, потому что когда я пела, недостаток мой был еще заметнее. Я

старалась меньше говорить, а чтобы ко мне не обращались, старалась уйти куда-нибудь и быть одной. И все окружающие и подруги стали считать меня странной и стали относиться ко мне не с уважением, как раньше, а снисходительно или даже с иронией. Это было для меня невыносимо. Я стала сторониться людей, сторониться подруг, и вскоре у меня не осталось ни одной подруги. Мне было тогда очень тяжело, но надежда на то, что скоро все это кончится, что мне исправят челюсть и я буду опять веселая и счастливая,— эта надежда успокаивала меня.

Но вот однажды я обнаружила пропажу газеты с заветной статьей. Во мне вдруг словно что-то оборвалось, ведь фамилию профессора и где делают такие операции я забыла. Куда обращаться? Я не знала. Мне было невыносимо тяжело, и я не находила себе места от тоски. Я почувствовала себя очень несчастной, одинокой и жалкой. У меня начались жестокие головные боли, бессонница. И каждый день я все думала, за что мне такое наказание, почему я не такая, как все. Я перестала петь. Окончив десятилетку, я целый год не училась и не работала.

К 23 годам я была совсем седая. Когда острый приступ тоски прошел, я стала вялой и безразличной. Мне сказали, что надо идти работать, и я пошла на завод. На заводе девчата тоже жизнерадостные, веселые, а у меня на душе тоска и не хочется мне с ними смеяться, и непонятно мне, чему они рады».

Постепенно больная стала заметно меняться по характеру: становилась все более раздражительной и несдержанной, кричала на окружающих, что ей раньше было совершенно не свойственно. Считая себя «уродливой», находила утешение в богатых фантазиях, в которых немалое место занимали любовные сцены. В то же время реальные попытки знакомых мужчин проявить к ней какое-то внимание она тут же пресекала.

В 1948 г. вышла замуж «по сватовству», так как была уверена, что из-за своего «уродства» не имеет права на любовь. Муж стал злоупотреблять алкоголем. Уже после развода больная узнала, что он в прошлом имел судимость и отбывал тюремное заключение за воровство.

Обстановка в семье стала особенно тяжелой после рождения второго ребенка, очень нежелательного для отца. К этому сыну он относился особенно плохо. Отношения с мужем окончательно испортились с 1959—

1960 гг. Муж постоянно пил, не ночевал дома, а вскоре объявил больной, что у него есть другая женщина. Старалась первое время все ему прощать, так как ради детей хотела сохранить семью. Состояние больной все заметнее ухудшалось. С 1960 г. к постоянным головным болям присоединились навязчивые мелодии и счет, резко ухудшился сон, спала только со снотворным. По утрам просыпалась с навязчивым мотивом в голове, от которого никак не могла отделаться. Иногда возникал «мотив в ритм шагов». Кроме того, все, что делала, должна была выполнять четное число раз: по два раза включать и выключать свет и газ, закрывать дверь, считать шаги, стежки при вышивании.

Уже во время наблюдения психиатром у больной однажды после волнения ночью возник приступ сердцебиения. После этого в течение недели каждую ночь просыпалась в одно и то же время с чувством сильного страха «умереть от сердечного приступа». После крепкого непробудного сна, вызванного большой дозой снотворного, кардиофобия исчезла, и больная стала спать, как обычно.

В этот период мысли об уродливой челюсти окончательно не оставили больную, но беспокоили меньше. После того, как сделала искусственные зубы, «уродство» по мнению больной, стало менее заметно, но все-таки на людях старалась никогда не улыбаться. Теперь ее все больше стали занимать плохие отношения с мужем. Думала об этом постоянно, тревожилась за детей, беспокоилась за их будущее.

Первое время, приходя к врачу, говорила только о раздражительности, подавленности, навязчивостях и лишь спустя довольно длительный период вдруг заявила, что «все это было бы не так страшно, если бы не самое главное — преследование со стороны мужа». Сообщила, что осенью 1962 г. (после того как скрепя сердце простила мужу все измены, ради детей желая сохранить семью) вдруг обнаружила у себя на половых органах порезы, «какие делают при прививке оспы». Вскоре подобные же надрезы обнаружила на шее. Однажды ночью проснулась и «увидела», что муж как-то подозрительно возится около постели. После этого предположения больной о том, что муж, «предварительно дав понюхать чего-то усыпляющего», наносил ей повреждения, перешли в твердую уверенность.

Младший сын, к тому времени 14-летний, согласился с домыслами матери. Отец больной тоже сразу же поверил

в «злодейство зятя»; при этом дочь и жена, осмотрев и его, «нашли» у него на лбу «точно такой же порез». После этого вся семья (больная, ее родители и двое детей) «отделились от преследователя». На ночь стали запирались на несколько замков, держали под замком не только продукты, но и посуду. После соблюдения этих «мер предосторожности» никаких надрезов не обнаруживали, но уверенность, что «злодей» может сделать любую гадость, «чтобы освободиться от семьи и завладеть квартирой», оставалась по-прежнему у всех членов семьи. По вечерам больная не могла находиться одна, боялась, что муж незаметно подкрадется сзади и убьет ее или подошлет с этой целью своих приятелей. Категорически отказывалась от стационарирования («без меня он их совсем погубит»), получала амбулаторно нозинан и либриум. От нозинана вскоре пришлось отказаться, так как больная даже от 1/4 таблетки (6—7 мг) испытывала на другой день выраженную сонливость и головные боли. От приема либриума чувствовала облегчение, уменьшалась напряженность, меньше беспокоили навязчивые явления. Либриум принимала дома в течение 2 лет (до 35 мг в день). Получив извещение о предоставлении ей с родителями и детьми отдельной квартиры, согласилась стационарироваться.

Физический статус: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Наблюдается незначительный дефект прикуса (нижние зубы почти на уровне с верхними), совершенно не обращающий на себя внимание. Имеет место лабильность пульса, небольшой систолический шум на верхушке сердца.

Неврологический статус: по заключению невропатолога, у больной имеется вегетососудистая дистония с ангиоспазмом (мигрени). Психический статус: в контакт входит не сразу. Очень сензитивна, легко обижается. Настроение резко снижено. Рассказывая о своем состоянии, плачет. О «преследованиях» мужа говорит очень неохотно: «Я же знала, что у меня нет никаких доказательств, мне могут не поверить, счесть сумасшедшей». Затем, волнуясь, со злостью в голосе повторяет: «Но это так, именно так и было, я это буду утверждать даже под страхом смертной казни». Сожалеет, почему сразу же, обнаружив «порезы», не обратилась со всей семьей к судебному медику: «тогда бы у меня были доказательства». Твердо убеждена, что муж наносил ей порезы с целью заражения или отравления, предварительно усыпляя чем-то.

Через неделю после поступления в клинику сообщила

врачу, что «только сейчас поняла, что муж преследовал ее всю жизнь». Рассказала, что в прошлом «находила у себя под простыней иголки», но не придавала тогда этому никакого значения, а сейчас ей «стало ясно», что это специально делал муж.

Тяготится своим состоянием, жалуется на сильные головные боли, сердцебиение, страхи, особенно по вечерам, плохой сон. Об «уродстве челюсти» активно не говорит, но в то же время показывает в качестве доказательства фотографии разных периодов: «Вот здесь я в детстве, нормальное лицо, а вот здесь уже совсем уродина». Никаким разубеждениям не поддается.

Мышление — без заметных изменений, память не снижена. В отделении мало заметна, но по временам становится раздражительной и Даже злобной.

Получала либриум, терапевтические дозы инсулина, бальнеотерапию, общеукрепляющее лечение.

За время пребывания больной в клинике семья переехала на новую квартиру. Была довольна, сообщила, что теперь не испытывает постоянного страха за родителей и детей, но иногда все же с тревогой спрашивала, не придет ли к ним муж, чтобы «отомстить», но тут же сама выражала сомнение в этом: «он слишком большой трус».

К концу пребывания в клинике стала более спокойной, строила реальные планы на будущее. Убежденность в «преступных» действиях мужа, так же как и бредовая интерпретация прошлого, оставалась в прежнем виде, но больная говорила об этом без прежнего аффективного напряжения.

После выписки продолжала принимать либриум, затем элениум. От приема каких-либо других психотропных средств категорически отказывалась, уверяя, что ей помогает только элениум («иначе от навязчивого счета никак не отделаюсь, и настроение ужасное»). Во время приема элениума навязчивости беспокоили меньше, по все-таки, чтобы ни делала, должна была повторять свои действия четное число раз.

Живя теперь отдельно от мужа, перестала высказывать прежние опасения, но в преступных действиях мужа в прошлом была по-прежнему твердо уверена. Во время дальнейшего наблюдения в состоянии больной можно было обнаружить нарастание вполне определенной тенденции к переоценке собственной личности не только

в плане общей ее значимости, но даже и в отношении внешних данных. В беседах с врачом стала все чаще намекать на наличие у нее тонкого вкуса, больших способностей, необыкновенных душевных качеств. Отказываясь раньше от разговора со студентами, стала активно просить брать ее на лекции, куда приходила очень нарядно одетой с обильным использованием косметики.

Продолжая уверять окружающих, что по-прежнему считает себя некрасивой («хотя и не такой уродливой, как раньше, так как вставные зубы форму челюсти немного улучшили»), в то же время с явным удовольствием выслушивала слова студентов о том, что выглядит она очень хорошо.

Продолжала работать вышивальщицей-надомницей, по сути содержала всю семью.

Через 2 года пришла к врачу очень взволнованной и сообщила, что ее беспокоит состояние ее детей и особенно младшего, сейчас 16-летнего сына. С тревогой говорила, что этот сын, прежде очень ласковый и живой, стал чрезвычайно замкнутым и отчужденным, перестал общаться с товарищами, становится все более грубым с родными. Придя из школы, он целыми днями либо рассматривает себя в зеркале, либо лежит на диване лицом к стенке.

С полной критикой к состоянию сына, оценивая его как болезненное, больная сообщила также, что сын стал вдруг считать себя ужасно уродливым потому, что у него отломился очень маленький кусочек переднего зуба (зуб сломался года полтора тому назад, но мальчик стал считать себя уродливым только сейчас, в 16-летнем возрасте). На вопрос врача, а не то ли же самое у ее сына, что было и у нее, больная ответила категорическим возражением: «У меня было действительное уродство, только в последние годы значительно исправленное вставными зубами, а у сына болезнь. У него ведь никакого уродства зубов нет. Кроме того, он еще теперь стал говорить, что и глаз у него косой, в то время как абсолютно никакого косоглазия у него нет. Это все от болезни».

Проявляла беспокойство и о старшем сыне, который, не попав в институт, работает и продолжает готовиться в вуз. Больную беспокоит, что этот сын стал испытывать неуверенность в себе, в своих силах, часто бывает в плохом настроении. В то же время более значительную

тревогу, совершенно адекватно, вызывает у больной состояние младшего сына: «у старшего это может быть просто переутомление, а у младшего-то ведь болезнь».

В данном наблюдении заболевание началось в 15-летнем возрасте с появления синдрома дисморфомании, весьма типичного как по своей первоначальной феноменологической структуре, так и по дальнейшей динамике. Мысли о физическом уродстве у больной возникают как бы на определенной реальной почве (небольшой дефект нижней челюсти в виде неправильного прикуса действительно был), но приобретают особое значение, определяют все поведение больной, всю ее «линию жизни» (отказ от карьеры певицы, случайное замужество и т. д.) на протяжении более чем 20 лет. Иными словами, убежденность в наличии физического уродства, возникнув по типу сверхценного образования, очень быстро приобретает характер паранойяльного бреда со всеми присущими ему особенностями. Помимо патологической убежденности в наличии уродующего физического недостатка, у данной больной выявлялись и другие расстройства, характерные для синдрома дисморфомании: подавленное настроение, идеи отношения, стремление исправить «уродство» и в то же время выраженная диссимуляция своих переживаний. Стремление «исправить уродство» хирургическим путем — вот то главное, к чему многие годы стремилась больная. Характерно, что стремление к операции носит у больной печать все той же паранойяльной настроенности.

В данном наблюдении выражены и второстепенные, но тем не менее весьма характерные для больных с синдромом дисморфомании феномены — симптом зеркала и симптом фотографии.

Просуществовав более 20 лет, патологическая убежденность в собственном уродстве все более блекнет и, не исчезая совершенно, постепенно отходит как бы на второй план. Стоит отметить, что сама больная дает этому «рациональное» объяснение: челюсть якобы «улучшилась от вставных зубов».

Вслед за возникновением паранойяльной убежденности в наличии физического уродства у больной становятся все более заметными совершенно не свойственные ей ранее проявления психопатоподобного поведения, а спустя 23 года после начала болезни формируется отчетливый обсессивный синдром, по содержанию не имеющий ничего общего с прежними патологическими

переживаниями больной. Вскоре к этому синдрому присоединяется выраженный бред преследования, направленный в адрес мужа. Нужно отметить, что довольно острое возникновение у больной этого совершенно нового по содержанию бреда происходит «на высоте психогении»: в тот самый период, когда больная, ради детей желая сохранить семью, мирится с мужем после размолвки, вызванной его пьянством и изменами.

Бредовая убежденность больной постепенно распространяется на остальных членов ее семьи — престарелых родителей и сыновей, т. е. возникает индуцированный бред, в данном случае по типу «folie a plusieurs» («бред нескольких»). Дальнейшая динамика состояния больной характеризуется следующим образом: возникнув довольно остро и не без участия определенных психогенных моментов, выраженный параноидный синдром занимал основное место в клинической картине заболевания первые 3—4 года. Затем (что по времени совпадает с периодом развода и разъезда с «преследователем-мужем») бред преследования теряет свой прежний эмоциональный заряд и при полном отсутствии критического отношения к нему со стороны больной тем не менее в дальнейшем уже не занимает прежнего доминирующего положения. В течение последнего времени в состоянии больной можно было отметить динамику и такого рода: постепенное выявление тенденции к переоценке своей личности в целом и (парадоксально по отношению к прежним бредовым идеям физического недостатка) своей внешности в частности.

Таким образом, схематично характеризуя динамику заболевания в данном наблюдении, можно отметить следующую последовательную смену синдромов; вначале длительно существующий паранойяльный этап с довольно быстрым присоединением к паранойяльным расстройствам психопатоподобных черт поведения, а затем, через довольно кратковременный этап навязчивостей, наступление параноидного этапа и, наконец, дальнейшая трансформация клинической картины, которую можно расценить уже как начало парафренного этапа.

При этом ни один этап течения болезни в данном наблюдении не сменял другой полностью. Наоборот, можно было отметить своеобразное «переплетение» различной симптоматики на «стыках» этих этапов, но при наличии определенной закономерности: все большей дезактуализации прежних болезненных переживаний,

как бы отодвигании их на второй план при возникновении и последующем доминировании новой патологической симптоматики.

В диагностическом отношении данное наблюдение, особенно при первом знакомстве с больной, представляло известную сложность. Определенное участие психогенных факторов как при формировании бреда физического недостатка, так и — много позднее — при развитии бреда преследования, длительная сохранность больной, ее достаточно полная социальная адаптация — все это могло свидетельствовать в пользу патологического (паранойяльного) развития. Однако имеющаяся прогрессивность, возникновение в клинической картине все новых патологических образований с характерной их последовательностью (паранойяльный этап, затем переход через обсессивный этап к параноидному и появление в последующем отдельных элементов парафренного синдрома) дают основание диагностировать в данном случае шизофрению.

В приведенном наблюдении весьма длительным был первый — паранойяльный — этап (более 20 лет), что говорит об определенной временной стабилизации процесса, протекающего в дальнейшем все-таки по типичному стереотипу.

Наличие паранойяльных: расстройств — свидетельство неглубокого поражения головного мозга [Левинсон А. Я., Морозов В. М., 1936; Каменева Е. Н., 1938; Смулевич А. Б., 1967, Смулевич А. Б., Щирин М. Г., 1972, и др.]. Об этой незначительной глубине поражения говорит и синтропия паранойяльного синдрома дисморфомании с такими «негрубыми» нарушениями, как психопатоподобные особенности поведения, выявляющиеся к тому же непостоянно и исчезающие при утяжелении клинической картины заболевания.

В этом плане понятен и такой клинический факт, как присоединение к синдрому дисморфомании и нарастание психопатоподобных расстройств именно с того периода, как начинает исчезать депрессия, обычно редуцирующаяся в процессе динамики синдрома дисморфомании в первую очередь.

Учение об уровнях поражения мозга может в известной степени объяснить и определенную взаимосвязь паранойяльного синдрома дисморфомании с навязчивыми состояниями, также являющимися

клиническим выражением незначительной глубины патологического процесса.

Факт «содружества» паранойяльных (в том числе и дисморфоманических) и навязчивых расстройств нередко отмечался клиницистами [Головань Л. И., 1965; Асатиани Н. М., 1966; Шмаонова А. М., 1966]. Это имеет и соответствующее теоретическое обоснование: как известно, И. П. Павлов писал о наличии при навязчивом неврозе и паранойе сходных патофизиологических механизмов [Павлов И. П., 1951].

В то же время присоединение типичных навязчивых состояний у больных с синдромом дисморфомании имело место главным образом при медленном, вялом течении процесса, в тех случаях, когда указанный синдром существовал длительно, т. е. при растянутом паранойяльном этапе (иначе говоря, при «задерживании» процесса на неглубоком уровне поражения с незначительной генерализацией его).

В ряде случаев навязчивые состояния являлись не только этапом перед развитием синдрома Кандинского — Клерамбо, а как бы «вплетались» в него, постепенно приобретая все более четкие особенности, свойственные проявлениям психического автоматизма [обсессивный синдром как один из «переходных» вариантов синдрома Кандинского— Клерамбо был описан Л. К. Хохловым (1966)].

Приводимое ниже наблюдение является иллюстрацией течения параноидной шизофрении, паранойяльный этап которой представлен синдромом дисморфомании в виде патологической убежденности в распространении неприятных запахов.

Больная А., студентка, затем инвалид II группы.
Находилась в психиатрической больнице 5 раз.

Наследственность, со слов тетки больной по линии матери, неотягощена. Больная росла и развивалась нормально. С 7 лет, лишившись родителей (отец погиб на фронте, мать умерла от несчастного случая), воспитывалась в детском доме. Имеет одного брата на 2 года старше ее, также воспитывавшегося в детском доме. Брат психически здоров. С 7 лет пошла в школу, училась хорошо. По характеру была спокойной, общительной, любознательной, много читала. В 17-летнем возрасте заболела туберкулезом. Была направлена на лечение в Крым, получала синтомицин,

поправилась. С начала 1959 г. снята с учета. В связи с болезнью пропустила учебный год.

Во время учебы в 10 классе (18 лет) у больной несколько раз было такое ощущение, что за ней кто-то идет. Помимо общего ощущения постороннего человека за спиной, иногда слышала его дыхание и шаги, «оглядывалась, но никого не видела». Эти переживания вскоре исчезли, так что больная особого внимания на них в то время не обратила.

Успешно закончила десятилетку и в том же 1957 г. поступила в лесотехнический институт. Переехала к брату, занявшему после выхода из детдома комнату родителей.

Первое время жили с братом очень дружно, но через год брат женился и жена его стала настаивать на уходе больной в студенческое общежитие. С этого времени отношения с женой брата, а затем и с ним самим резко ухудшились. В институте училась хорошо, принимала участие в общественной работе, имела подруг. После окончания I курса вместе со всеми студентами поехала на полевые работы. Там (больной к этому времени было 19 лет) вдруг периодически стала ощущать, что непроизвольно упускает кишечные газы. Однако эти состояния были очень кратковременными.

В декабре 1958 г., уже во время учебы на II курсе, перенесла какое-то расстройство кишечника, сопровождавшееся частыми поносами. После этого ощущение выделения газов резко усилилось. Стало казаться, что окружающие чувствуют, что от нее плохо пахнет, отворачиваются, смотрят на нее с презрением, избегают встреч. Перестала общаться со студентами, пропускала занятия, всячески избегала общественных мест, встреч с людьми. Например, почувствовав в марте 1958 г. сильную боль в левом ухе, ни к кому за помощью, стыдясь своего «позора», не обратилась. Перестала пользоваться общественным транспортом, так как «замечала», что стоит ей только появиться, как люди тут же начинают многозначительно переглядываться и «вообще вести себя странно». Первое время старалась ездить в транспорте одна, без подруг, в электричке постоянно выходила в тамбур, в метро стремилась сесть или в детский вагон, где обычно меньше людей, или каждые три остановки выходила из поезда. Затем вообще старалась никуда не ездить. Перестала также ходить в театр и кино, не посещала лекции, а потом и практические занятия. Никому о своем состоянии ничего

не говорила. Чтобы уменьшить «отделение газов», стала резко ограничивать себя в еде, иногда просто голодала, в связи с чем резко похудела. Была показана психиатру и в апреле.

1959 г. впервые стационарирована в психиатрическую больницу с единственной жалобой на «недержание газов».

Физический статус: высокого роста, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные. В легких — дыхание с жестким оттенком. Сердце—без патологии. При пальпации живота обнаруживается болезненность в области правого подреберья. Печень слегка опущена, выступает из-под реберного края на 2 см. Анализы крови и мочи— норма. Данные рентгеноскопии грудной клетки: отдельные плотные очажки в правом верхнем легочном поле. Петрификаты в плотных корнях легких.

Данные рентгеноскопии желудка: пищевод свободно проходим. Желудок в форме вытянутого крючка, нижний полюс его на 12— 13 см ниже гребешковой линии. Перистальтика удовлетворительная. Привратник спастичен — с трудом удается выжать барий в неизмененную луковицу 12-перстной кишки. Нижний край печени опущен.

Заключение терапевта: опущение внутренних органов, пилороспазм.

Заключение отоларинголога: левосторонний перфоративный отит.

Неврологический статус: некоторое повышение сухожильных рефлексов, повышенная потливость ладоней. Остальное — норма.

Психическое состояние: полностью ориентирована, контактна. О своем состоянии говорит с трудом, плачет, закрывает лицо руками. При переводе беседы на другую тему успокаивается, перестает плакать, улыбкой отвечает на шутку. Очень огорчена тем, что не может «Удерживать кишечные газы». Знает, что окружающим это очень неприятно, что они поэтому относятся к ней с презрением. Прямо ей никто ничего не говорит, но она «знает, что это так», потому что в ее присутствии люди начинают жаловаться на духоту, открывать форточки, «шмыгать носами». Поэтому больная старается избегать общества и держаться в стороне. Иногда как будто бы соглашается с тем, что на самом деле от нее не пахнет,

что ей это только кажется, начинает улыбаться, но затем лицо больной вновь мрачнеет, и она упорно утверждает, что это ей не кажется, что все «так и есть». В отделении держится одиноко, сторонится больных, старается не быть долго на одном месте. Много читает. Свои переживания тщательно диссимулирует и на вопросы персонала, почему она идет в столовую тогда, когда другие больные уже кончили есть, или почему не смотрит передачи по телевизору, старается дать какое-то другое, не связанное с ее состоянием, объяснение.

Врачу, после долгих расспросов, созналась, что специально скрывает (и всегда так делала) свое состояние — «это же позор». Сообщила также, что ее постоянно, даже в те периоды, когда она и не чувствует отхождения газов, мучает страх, что «это сейчас произойдет».

Больной себя не считает, «просто устала». Лечиться согласилась только после долгих уговоров.

Лечилась шоковой инсулинотерапией, аминазином, получала общеукрепляющую терапию. В результате лечения стала значительно спокойнее и общительнее, перестала сторониться больных, помогала персоналу, много занималась по учебной программе. Однако бред недержания кишечных газов, только несколько поблекнув, остался в прежнем виде. Чтобы меньше общаться со студентами, решила перейти на вечерний факультет.

Сразу же после выписки чувствовала себя хорошо, легко сдавала экзамены, но вскоре после того, как начала посещать институт, вновь появилась уверенность, что она не может удержать газы. Постоянно на ночь ела вареную свеклу, «чтобы хорошо слабило», была уверена, что это ей помогает.

Отношения с женой брата по-прежнему оставались плохими. Месяца два тому назад стала замечать, что жена брата «устраивает на окне выставки», ставя туда то приемник, то игрушки. «Поняла», что это делается специально, чтобы все видели, что больная — «проститутка». После этого стала замечать повышенный интерес к себе со стороны милиционеров, всюду их встречала, всюду видела за собой их слежку. В начале апреля 1960 г. больная получила комнату в новом доме, где еще не было газа. Никак не могла наладить питание, состояние резко ухудшилось. Видела, как все на улице обращают на нее внимание, какой-то мужчина в метро

делал ей «специальные знаки». Перестала приходить домой, последние ночи спала у подруги, ничего не ела. Сама пришла к бывшему лечащему врачу и была направлена на стационарное лечение.

Психический статус: сидит, низко опустив голову, плачет. О своем состоянии говорит очень неохотно, отдельными лаконичными фразами; с трудом удалось собрать анамнез. Тяготится пребыванием в отделении, убеждена, что портит жизнь окружающим больным — «я мучаюсь, и они мучаются». Сообщает, что «видит» это поведение больных, которые тут же, как только она появляется, вынимают носовые платки, начинают сморкаться, открывают форточки. Сообщает об этом волнуясь, смущается, плачет. Настойчиво просит исследовать ей желудочно-кишечный тракт, послать к специалистам. Об идеях преследования говорит очень неохотно, но все же сообщила, что «из-за запаха» ее стали считать проституткой, жена брата даже «специально сигналила» об этом. Обеспокоена, не подобным ли образом о ней думают и в отделении, просит показать ее гинекологу, чтобы доказать, что это не так. Упрекает себя в том, что не перешла, вопреки своим планам, на вечернее или заочное отделение. Говорит, что возвращение в институт резко ухудшило ее состояние и, может быть, лучше было бы совсем не учиться. Жалуется, что совсем не в состоянии читать, не может сосредоточиться, «ничего не понимаю».

Больной начато лечение инсулином в комбинации с имизином. Уже через 2—3 дня после приема имизина (25—50 мг) можно было отметить значительное обострение состояния больной: стала очень беспокойной, в тревоге металась по отделению, уже без прежней диссимуляции заявляла, что у нее резко усилилось отхождение газов, что она «видит» это по реакции больных.

После отмены имизина получала шокую инсулинотерапию в комбинации с аминазином. Стала значительно спокойнее, начала строить планы на будущее (жить отдельно от брата, взяв к себе тетю, находящуюся в другом городе).

В то же время (как всегда, только после тщательных расспросов) сообщила, что чувствует себя неуверенно, так как, не испытывая «отхождения газов» в настоящее время, все же постоянно этого ожидает и очень беспокоится. Спрашивала, как ей быть, если «все это» вновь появится. Идеи преследования категорически

отрицала.

После выписки в августе 1960 г. с начала учебного года приступила к занятиям на III курсе. Поддерживающие дозы аминазина вскоре принимать перестала, так как думала, что это будет помехой занятиям. Периодически «испускала» газы, поэтому на лекции не ходила. Посещала практические занятия, одновременно готовясь к сдаче экзаменов за весеннюю сессию II курса. В ноябре — декабре 1960 г. эти экзамены сдала и сразу же почувствовала значительное ухудшение: появилась неуверенность, сможет ли она сдать экзамены зимней сессии III курса. Стало казаться, что преподаватели и студенты изменили к ней отношение, многозначительно в ее присутствии переглядывались, были недоброжелательны. «Усилилось отхождение газов», почти перестала есть, «чтобы не пахло». Бросила учебу и уехала в другой город к тетке. Там прожила две недели, чувствовала себя по-прежнему плохо. Стало казаться, что и тетка теперь к ней хуже относится. Вернулась в Москву и написала заявление о переводе на заочное отделение. Затем пришла к врачу и была в январе 1962 г. стационарирована в 3-й раз.

Со слов тетки, приехавшей в Москву вслед за больной, известно, что больная во время пребывания у нее была очень подавленной и в то же время подозрительной, никуда не выходила из дому, заявляла, что все и особенно соседи о ней «плохо говорят», считают ее проституткой.

Во время этого стационарирования физический и неврологический статусы были такими же, как прежде.

Психический статус: ориентирована полностью, подавлена, тревожна, плачет. Иногда внезапно замолкает во время беседы, испытующе смотрит в глаза врача. Просит помочь ей «исправить плохое мнение» о ней в институте, где ее «совершенно необоснованно» считают проституткой. «Если все меня считают непорядочной, нечестной, относятся плохо, так хоть вы напишите, какая я есть на самом деле. Гинекологу покажите и это тоже напишите».

Полагает, что персонал и больные к ней тоже относятся плохо: больные «переговариваются о ней и смеются», сестры специально положили ее не на койку, а на диван, няни в ее присутствии демонстративно передвигают стулья и т. д. Сообщает, что и брат с женой и соседи также к ней очень недоброжелательны. Думает, что все

это вызвано «отхождением газов». Чувствует, как газы отходят из кишечника. Сам процесс отхождения, как и запахи, ощущает редко, но твердо убеждена, что это именно так. К своему состоянию относится без всякой критики («я нездорова, просто устала, надо отдохнуть, тогда и ко мне будут лучше относиться, и газы исчезнут»).

Лечилась шоковой инсулинотерапией и аминазином. На этот раз довольно скоро в поведении больной обнаружились психопатоподобные черты: ссорилась с больными и персоналом, стала давать злобные реакции, выражала недовольство по поводу порядков в отделении.

К концу пребывания в больнице категорически отрицала идеи отношения и преследования, а также ощущение произвольного отхождения газов. Была спокойной, приветливой, общительной, много читала и вязала. В то же время никак не могла решить вопрос с учебой: остаться ли ей на дневном отделении, перейти на заочное или вообще оставить учебу.

На этот раз после выписки пробыла дома только полгода. Приступила к учебе, была на практике, сдала два экзамена. В связи с ухудшением состояния перестала ходить в институт и сдавать экзамены. Хотела поступить работать, по люди па нес «езде смотрели с недоверием». Стало казаться, что все машины на улице «имеют какое-то отношение» к ней, испытывала перед ними страх. Казалось, что даже швейная машина, подаренная ей тетей, имеет «какое-то тайное значение, какой-то угрожающий смысл». Летом поехала к тетке, там целыми днями сидела дома, никуда не выходила, лишь иногда тайком выглядывала на улицу из-за занавесок. В то же время старалась дома все делать по хозяйству. В Москву вернулась в ноябре 1961 г. Была растерянной, испытывала страх, почти не спала и через два дня вновь была стационарирована в психиатрическую больницу.,

Психический статус: растеряна, плачет, на вопросы отвечает односложно, после большой паузы. Уверяет, что в отделении «все проявляют к ней повышенный интерес», просит «перевести ее куда-нибудь», «отправить в тюрьму». Старается держаться в стороне, прячется, сторонится больных и персонала. Испытывает страх («что-то со мной должно случиться»), высказывает суицидальные мысли. О «газах» активно ничего не говорит, а при активных расспросах на эту тему уклончиво отвечает, что об этом сейчас не думает.

Первые дни в отделении еще более растеряна, при разговоре смотрит в сторону, начинает и не договаривает фразу: «Я хотела.. », «Я думала...» и т. д. Много лежит, отвернувшись лицом к степе.

Вскоре после начала лечения аминазином стала более доступной и контактной. Рассказала, что испытывает «действие какой-то силы, какого-то постороннего влияния». Периодами бывает напряженной, не выходит из палаты («не могу выйти, на меня так действуют»). Считает, что окружающие как-то узнают ее мысли; кроме того, иногда ее мысли начинают громко звучать. Сообщает также, что она сама каким-то образом влияет на окружающих, может заставить их заплакать или засмеяться.

На «отхождение газов» не жалуется, но и не отрицает этого факта («это, наверное, обычно»). Держится обособленно.

В процессе лечения стала более спокойной и общительной, перестала высказывать идеи воздействия, хотя к прошлым переживаниям по-прежнему относилась без всякой критики. В то же время выявились довольно заметные изменения мышления в виде амбивалентности, резонерства.

Часто просила о выписке, уверяя, что она совершенно здорова. Никаких определенных планов на будущее не высказывала, но в то же время в период освидетельствования ее во ВТЭК плакала, умоляя не переводить ее на инвалидность (получила II группу), не давать «волчий билет».

К концу пребывания в больнице вела себя правильно, регулярно посещала лечебно-трудовые мастерские, однако оставалась еще несколько настороженной и подозрительной.

После выписки (в марте 1962 г.) около года нигде не работала, целыми днями сидела в библиотеке и читала. С семьей брата никаких отношений не поддерживала. Весной 1963 г. устроилась в отдел озеленения рабочей. Сразу же стала неправильно себя вести, уходила и приходила на работу, когда ей вздумается, ссорилась с коллегами по работе. Те писали на нее заявления с просьбой не назначать ее работать вместе с ними. Не слушала никаких уговоров. Через 5 месяцев после пребывания на работе (в августе 1963 г.) начальник отдела и профорг написали в психоневрологический

диспансер заявление с просьбой стационарировать больную. Выписка из этого заявления: «А. не может выполнять один вид работы дольше 5—10 минут. Например, если она копала, то через 5 минут она бросает лопату и уходит, если ее заставляют полоть, то она вместо сорняков уничтожает культурные растения. Ни один садовод не берет ее на работу не только потому, что она ничего не делает, но и потому, что опасаются с ней работать. Она абсолютно бесполезно проводит у нас время и только отрывает нас от работы».

Также неправильно стала вести себя и дома: по целым дням где-то пропадала, при возвращении обвиняла жильцов в том, что они ее преследуют, влезают в ее отсутствие к ней в комнату, нецензурно бранилась. Вставила в дверь своей комнаты несколько замков, постоянно проверяла их. Часто занималась уборкой по ночам, не считаясь с требованиями жильцов прекратить шум; разбила раковину и унитаз, иногда включала газ, не зажигая его. Ежемесячно устраивала скандалы по поводу платы за свет и газ, при этом требовала расписки не только у членов своей квартиры, но и у соседей по этажу. С теткой, которая изредка приезжала ее навещать, была также груба и цинична, требовала у нее денег, не желая в то же время получать деньги по инвалидности, так как считала себя здоровой. Жила впроголодь, последнее время очень похудела.

В начале сентября 1963 г. у больной появились выраженные отеки ног. Обратилась к терапевту, принимала гипотиазид. Для продолжения больничного листа была терапевтом направлена к участковому психиатру и вскоре стационарирована.

Терапевт диагностировал полиартрит, ортостатические отеки нижних конечностей.

Психический статус: полностью ориентирована, больной себя не считает. Возмущается стационарированием, требует немедленной выписки. Идеи воздействия и преследования категорически отрицает. О «газах» спонтанно не заговаривает, но на вопрос, беспокоит ли ее теперь произвольное отхождение газов, отвечает уклончиво. Отрицает факты неправильного поведения дома и на работе — «это все поклеп, глупости, они сами во всем виноваты».

В отделении держится развязно, пристаёт к студентам, особенно мужчинам, с различными просьбами, при невыполнении их цинично бранится. Ссорится и дерется

с больными, грубит персоналу, бьет

посуду. На замечания врача по поводу ее неправильного поведения отвечает: «Они сами во всем виноваты: пусть не пристают». Постоянно задает одни и те же вопросы: «Когда меня выпишут?» Во время обхода ходит за врачами и стереотипно повторяет одно и то же. Требуется снять с нее группу инвалидности («я здорова и нечего мне ярлыки приклеивать»).

Лечилась аминазином. Постепенно стала вести себя более правильно, перестала конфликтовать, исчезли грубость и развязность. В то же время ничем не могла сколько-нибудь продолжительное время заниматься. К своему неправильному поведению в прошлом относилась без всякой критики,

В данном наблюдении после эпизодических — единичных и кратковременных — патологических переживаний в виде галлюцинаций общего чувства, появившихся в 18-летнем возрасте, спустя год — в 19 лет — возникает синдром недержания кишечных газов в его типичном виде: идеи недержания газов, идеи отношения, подавленное настроение. Вначале синдром возникал также эпизодически, а затем, обнаруживая заметные колебания в своей интенсивности, отмечался уже постоянно. Необходимо подчеркнуть, что появление этого рода психопатологической симптоматики после некоторого отсутствия ее произошло на фоне дисфункции кишечника. В дальнейшем, уже при стационарировании больной, у нее также были обнаружены некоторые расстройства со стороны пищеварительного тракта (пилороспазм, энтероптоз). Вероятно, здесь могла иметь место определенная взаимосвязь физических и психических нарушений: патологическая импульсация с interoцептивного аппарата усилила бредовую убежденность в недержании кишечных газов, что заставляло больную голодать. Голодание же, вызвав значительное похудание, могло этим самым способствовать и опущению внутренностей, что в свою очередь привело к возникновению неприятных ощущений в абдоминальной области.

Что касается периодических колебаний интенсивности самого психопатологического синдрома, то здесь можно отметить довольно значительный диапазон этих колебаний от острых раптоидных явлений, когда больная металась по отделению, просила отправить ее в тюрьму, до сравнительно спокойных состояний.

Просуществовав несколько лет в неизменном виде, психопатологический синдром в дальнейшем дает довольно типичную динамику — становится ведущим в клинической картине, целиком определяя состояние больной. Можно было бы ожидать, что будет иметь место развитие бреда ипохондрического характера. Однако длительное непрерывное наблюдение за больной показало, что это был не ипохондрический бред, а идеи преследования и обвинения (ее преследуют потому, что считают проституткой «из-за запаха»).

Вслед за идеями преследования возникает бред воздействия. Важно отметить, что у этой больной (как и у ряда других) синдром Кандинского — Клерамбо был представлен как в его «активном», так и «пассивном» варианте [Гулямов М. Г., 1974]. Не только сама больная испытывала действие какой-то силы, но и могла влиять на окружающих, «действовать» на их поступки и поведение при отсутствии (во всяком случае, в настоящее время) идей величия. В этот же период, когда у больной возникает синдром психического автоматизма, заметными становятся и расстройства мышления, главным образом в виде амбивалентности. Все более нарастают и нарушения со стороны эмоционально-волевой сферы в виде эмоционального оскудения и психопатоподобного поведения (последнее, пятое, стационарирование было вызвано именно этим психопатоподобным поведением).

***Синдром дисморфомании в
клинике неблагоприятно
протекающей (злокачественной)
юношеской шизофрении***

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**
Коркина М.В.

В этой группе у подавляющего большинства больных основу клинической картины заболевания составляла убежденность в наличии физического недостатка, и лишь у немногих больных это была убежденность в недержании кишечных газов.

Процесс обычно начинался с 13—16 лет (реже в 17 или в 12 лет) у лиц с наследственной отягощенностью, преморбидно чаще всего либо пассивных шизоидов, либо так называемых образцовых личностей, либо активных, стеничных, нередко с чертами эксплозивности.

В отличие от больных с параноидной формой шизофрении в описываемой группе заболевание чаще всего начиналось не с синдрома дисморфомании (хотя

отдельные такие наблюдения тоже были), а с иной симптоматики. Инициальными проявлениями процесса у больных этой группы были довольно быстро нарастающие психопатоподобные расстройства либо первично возникающая негативная симптоматика, либо комбинация этих нарушений.

Психопатоподобные расстройства выражались в появлении и быстром нарастании истероподобных, эксплозивных или даже гебоидных проявлений (чаще всего в наиболее грубой форме это сказывалось по отношению к родителям).

Инициальная симптоматика выражалась также в нарастающей эмоциональной холодности по отношению к близким, снижении успеваемости, сужении круга интересов, а также в определенном своеобразии поведения, которое А. Пильц (1930) называл «надменным противлением всякому авторитету». Затем к этой первоначальной симптоматике присоединялся синдром дисморфомании.

Что касается дисморфоманических расстройств, отмеченных у больных с неблагоприятно протекающей шизофренией, то здесь следует отметить следующие особенности: эпизодическое появление этих расстройств обычно в виде синдромально почти неочерченных образований, а также часто отмечаемый полиморфный характер бреда. Этот полиморфизм выявлялся либо одновременно, либо (что было значительно чаще) последовательно. Например, больной одновременно жаловался на «уродство» лица и «короткие, как у кретина, пальцы» или, при последовательной смене тематики бреда, идеи «уродства» подбородка сменялись убежденностью в «безобразности» ног, затем ушей и т. д.

Клиническая завершенность и определенная стойкость синдрома дисморфомании отмечалась только в случаях юношеской параноидной шизофрении. Особенностью синдрома дисморфомании у этих больных было довольно частое возникновение идей физического недостатка вторично— вслед за возникающими ранее немотивированными идеями отношения. Нередко отмечалось и возникновение бреда уродства по парадоксальным механизмам.

Стремление к «исправлению недостатка» у больных этой группы также отличалось некоторой особенностью: мероприятия по «исправлению уродства» у них довольно быстро теряли всякий внутренний смысл, подчас

приобретая характер своеобразных стереотипии уже без прежнего бредового содержания. Например, если больной с убежденностью в уродстве черепа первое время старался «замаскировать дефект» постоянным смачиванием волос водой («чтобы голова хоть немного казалась бы меньше и не так походила на рахитическую»), то с течением времени эти систематические смачивания волос приобрели у больного характер простых, стереотипно повторяющихся двигательных актов. В такие же двигательные стереотипии у больных превращалось прежде целенаправленное стремление поднимать на людях руку к лицу, быстро вертеть головой и т. д.

Кроме того, высказывания больных по поводу «исправления» нередко уже с самого начала отличались нелепостью и вычурностью- так, один больной заявлял, что ему «приятнее было бы иметь синий нос, чем красный», другая больная — что она предпочла бы быть совсем без ушей, чем иметь «такое уродство», и т. д. Довольно скоро подобной нелепостью начинали отличаться не только высказывания больных в отношении «методов исправления», но и в отношении оценки своего состояния в целом. Парадоксальные и нередко амбивалентные заявления таких больных выражались, например, в том, что больной, жалующийся на уродливый нос, в то же время говорил о желании стать актером и «играть роли первых любовников»; другой, считающий свое лицо уродливым, тут же сообщал, что он пользуется необычайным успехом у девушек и «вообще напоминает им Печорина».

При попытке скрыть «свой дефект» эти больные чрезвычайно грубо применяли косметику, не желали стричь волосы и бриться, нередко уже в начале заболевания обращали на себя внимание большой неряшливостью, в то же время сочетавшейся со стремлением одеваться как можно более модно. Одним словом, у этих больных не было той патологически однонаправленной паранойяльной настроенности в высказываниях и поведении, которая так отчетливо выступала у больных с параноидной формой шизофрении.

И еще одна особенность: подобно тому, как при параноидной форме уже на паранойяльном этапе ее нередко могли проскальзывать малозаметные в это время «зародыши» будущего синдрома Кандинского — Клерамбо, у больных рассматриваемой группы на фоне еще только что возникшего синдрома дисморфомании могли как бы мимолетно проявляться черты гебефренного поведения. Например, больной с убежденностью в

некрасивом носе, в Целом еще очень сохранный, при рассматривании себя в зеркале, будучи уверенным, что его никто не видит, вдруг начал хрюкать. Другая больная при общем правильном (на том этапе) поведении внезапно подставила отцу подножку и т. д.

Длительное наблюдение показало, что как дальнейшая Динамика заболевания в целом, так, в частности, и явления синтропии или дистропии синдрома дисморфомании с патологией иного рода в клинике неблагоприятно протекающей шизофрении также имели ряд особенностей, свойственных именно этой форме.

Во-первых, можно было отметить определенную зависимость между характером синдрома дисморфомании и степенью злокачественности процесса: чем менее полно был выражен синдром дисморфомании, чем более короткое время он существовал и чем меньше определял собой клиническую картину, тем в целом более злокачественно протекал шизофренический процесс, и, наоборот, при «полноценности» синдрома дисморфомании и относительной длительности его существования отмечалось и сравнительно более благоприятное течение шизофрении.

Во-вторых, довольно типичной была и дальнейшая трансформация синдрома: даже если процесс начинался не с психопатоподобной симптоматики, то она, как правило, присоединялась к дисморфоманическим нарушениям позднее. Нарастая в своей интенсивности, психопатоподобные проявления становились все более грубыми и демонстративными, нередко приобретая выраженный гебоидный характер (сексуальная распушенность, склонность ко лжи, воровству, бродяжничеству, выявление садистических тенденций и т. д.).

У ряда больных психопатоподобное состояние довольно быстро переходило в гебефреническое, когда поведение больных обретало все более заметные черты дурашливости и манерности. При значительном нарастании психопатоподобных и особенно гебефренических расстройств синдром дисморфомании постепенно как бы «размывался», становясь все менее очерченным.

Дольше других обычно держались идеи физического недостатка, но они не имели уже ни прежней эмоциональной насыщенности, ни определяющего влияния на поведение больных, нередко сочетаясь с

нелепыми высказываниями и неадекватными эмоциями (так, например, больной говорит о своем «дегенеративном лбе», но при этом вдруг широко улыбается, подмигивает присутствующим студентам, показывает им язык).

Нередко к синдрому дисморфомании вскоре же после его возникновения присоединялись сенестопатии и иногда (в той или иной степени выраженные) деперсонализационные расстройства.

С возникновением патологических телесных ощущений (как правило, с соответствующей локализацией) синдром дисморфомании на какой-то период как бы «застывал», а нередко, обрастая различной ипохондрической симптоматикой, мог даже в течение определенного периода стать стержнем формирующегося ипохондрического бреда. При присоединении же деперсонализационных расстройств отмечались примерно те же соотношения, что и при нарастании психопатоподобной или гебефренной симптоматики: «сосуществуя» какое-то время с синдромом дисморфомании, деперсонализационные нарушения затем нередко вытесняли его, либо временно становясь доминирующими в клинической картине, либо быстро исчезая.

В дальнейшем течении заболевания могли отмечаться и параноидные нарушения, и этапы навязчивостей с характерным для шизофрении налетом насильственности, автоматизированности.

Иными словами, в динамике заболевания у этих больных можно было отметить все большее расширение «синдромологического ассортимента», обычно почти достигающего уровня «большого синдрома», характерного для шизофрении. Мы говорим «почти», потому что в наших наблюдениях очень редко удавалось наблюдать выраженные кататонические нарушения. Если они и возникали, то обычно спустя длительное время после исчезновения синдрома дисморфомании и то в виде нечетких, обычно суб-ступорозных явлений и ни разу в виде типичной люцидной кататонии. По нашим данным, имеется вполне определенная дистропия синдрома дисморфомании и типичных для шизофрении выраженных кататонических нарушений. (Однако, здесь могли быть и более общие причины в виде патоморфоза, в том числе и лекарственного, благодаря чему, как известно, люцидная кататония в настоящее время в своем полном выражении практически не встречается.)

Какие бы синдромы у наблюдаемых больных ни появлялись, все они характеризовались нестойкостью, слабой выраженностью, быстрой сменяемостью. Перманентной и к тому же все более нарастающей была лишь негативная симптоматика, главным образом такого рода нарушения, которые К. Conrad (1958, 1959) характеризовал как снижение энергетического потенциала, а Janzarik (цит. по К. Kisker, 1964)—как «динамическое опустошение». В то же время при наличии синдрома дисморфомании это шизофреническое снижение развивалось не столь быстро и грубо. В особенности это относилось к тем наблюдениям, когда дисморфомания возникала на инициальном этапе болезни. Такие больные при всей очевидности шизофренических изменений личности тем не менее обнаруживали достаточную сохранность в социальном плане (многие из них успешно работали на производстве).

Что касается определения конкретных клинических форм ядерной шизофрении, по которым можно было бы разделить больных этой группы, то в зависимости от сроков и длительности собственных наблюдений нам нередко приходилось менять диагностику (простая, параноидная, гебефреническая формы), о чем мы уже сообщали выше.

Выделение по особенностям течения ядерной шизофрении различных клинических ее вариантов [Наджаров Р. А., 1964] в виде простой, гебефренической, злокачественной юношеской параноидной форм и люцидной кататонии в то же время носит, как подчеркивает сам автор, довольно относительный характер. С учетом этой относительности мы всех наших больных разделили на следующие группы: неблагоприятно протекающая юношеская шизофрения с преимущественной картиной параноидной формы; простая шизофрения; гебефреническая форма. Типичная люцидная кататония (об этом мы уже упоминали) в наших наблюдениях не встречалась.

Как уже говорилось выше, наиболее синдромально завершенным и стойким синдром дисморфомании был при злокачественном течении процесса в рамках юношеской параноидной шизофрении.

Приводим наблюдение.

Больной Д., ученик, студент, затем инвалид I группы.

Отец больного страдал шизофренией, злоупотреблял

алкоголем. Умер от туберкулеза, когда больному было 14 лет. Мать—раздражительная, вспыльчивая. Рос и развивался нормально. С детства отличался очень общительным характером, но в то же время был несдержанным и раздражительным. С 7 лет пошел в школу. Учеба давалась легко, увлекался спортом, принимал участие в общественной работе. Лет с тринадцати присущая больному склонность к раздражительности стала проявляться все более отчетливо. Во время учебы в 9-м классе (больному 15 лет) постепенно стал замечать, что окружающие как-то слишком внимательно, а иногда подозрительно смотрят на него и смеются. Сначала никак не мог понять, отчего это происходит, но однажды, посмотрев на себя в зеркало, «понял» причину насмешек: «нижняя челюсть стала безобразной, очень большой и широкой». Решил, что челюсть увеличилась «в связи с переменой климата» (больной некоторое время перед этим жил у дяди в Москве, а затем вернулся в родной южный город).

С этого времени старался как можно реже фотографироваться. Подолгу рассматривал себя в зеркале, занимался «массажем» челюсти. Бывая в общественных местах, закрывал лицо рукой. Стал более замкнутым, но учился по-прежнему успешно. В 1958 г. окончил 10-й класс, пытался поступить в вуз, но не смог сдать вступительных экзаменов. Уехал к родственникам в другой город, где месяц проработал на киностудии рабочим, а затем, по настоянию родственников, поступил на вечернее отделение строительно-дорожного института. Через несколько месяцев из института ушел, так как «не привлекала будущая специальность». Вернулся в Москву, работал разнорабочим. В 1959 г. поступил в вуз, неплохо справлялся с учебой. По характеру становился все более злобным, раздражительным и вспыльчивым.

Помимо этого, больного не оставляли мысли о челюсти. Приехав в Москву в 1958 г., он первым делом обратился к хирургам с просьбой сделать ему косметическую операцию. Получив совет «выбросить дурь из головы», не успокоился и по-прежнему постоянно об этом думал. Очень тяготился своим состоянием, плакал, старался не бывать в многолюдных местах, избегал товарищей.

Еще более резко изменился по характеру: конфликтовал по каждому пустяку, стал крайне грубым и злобным, общительность сменилась замкнутостью и угрюмостью. Своим неправильным поведением часто давал сокурсникам повод обвинять его в хулиганстве. Вскоре же стал замечать, что он «неприятно действует на

окружающих», вызывает у них какое-то напряженное состояние, а спустя год появилось убеждение, что окружающим известно, о чем он думает, они «читают его мысли». Вскоре «понял», что может «передавать окружающим свои мысли», а кроме того, «биотоками, магнетизмом» может вызвать у них покраснение глаз, слезливость, напряженное выражение лица. Челюсть к этому времени стала беспокоить меньше, однако по-прежнему замечал насмешливое отношение к себе товарищей, по поводу чего нередко устраивал скандалы и драки.

Осенью 1960 г. приступил к учебе на II курсе, но смог проучиться только 2 месяца. В связи с тем что больной стал уже открыто жаловаться на то, что окружающие читают его мысли, подозрительно смотрят на него и смеются над ним, был консультирован психиатром и в ноябре 1960 г. впервые стационарирован в психиатрическую больницу.

Со стороны физической и неврологической сферы видимой патологии не выявлено. На коже лица многочисленные угри и гнойничковая сыпь.,

Психический статус: полностью ориентирован. Вначале о своем состоянии говорит неохотно, во время беседы с врачом старается закрыть нижнюю челюсть. Объективно челюсть без каких-либо признаков косметического дефекта. В то же время наличие многочисленных угрей и обильной гнойничковой сыпи на лице больного совершенно его не волнуют («это у меня давно», «пустяки»). Затем становится доступнее, уверяет, что его напрасно пытаются лечить, так как «это не болезнь вовсе», а «особая работа его мозга», «такого еще никогда ни с кем не было». Сообщает, что челюсть его теперь беспокоит гораздо меньше, а волнует «способность передавать мысли на расстоянии». «Передача мыслей» особенно усиливается тогда, когда больной пишет, и ослабевает или даже исчезает во время разговора с окружающими. «Передача» иногда происходит «непосредственно через череп», иногда же «через сетчатку — в мозг, так экономнее». Уверяет врача, что, помимо передачи мыслей, «может передавать и зрительные впечатления». Например, когда он смотрит в зеркало, то окружающие, Даже не глядя в его сторону, «видят его образ». «Передачей мыслей» больной может вызвать у окружающих покраснение глаз, слезотечение или «просветление глаз». Предполагает, что воздействие на окружающих может быть связано с его привычкой сильно морщить лоб. Часто спрашивает врача, так ли его

лечат и нужно ли вообще его лечить, просит посоветоваться с физиками («возможно, надо будет исследовать как следует биотоки»). В подтверждение своих слов ссылается на статью, которую он как-то читал, — о возможности «передачи мыслей на расстоянии».

В отделении мало общителен, ничем не занимается, часто вступает в пререкания с персоналом, нарушает режим.

Больному проведена шоковая инсулинотерапия (35 сеансов на 160 ЕД инсулина + 0,1 г гексония) и лечение аминазином (200—400 мг в день). После 30-го сеанса инсулинотерапии состояние больного несколько улучшилось. Стал мягче, общительнее, перестал закрывать нижнюю челюсть — «она не беспокоит теперь». Сообщил, что челюсть уже не такая большая, как прежде. Однако после окончания инсулинотерапии состояние вновь ухудшилось, больной все чаще высказывал сомнения, правильно ли его лечат, вновь настаивал на консультации с физиками. Отрицая теперь возможность как-то воздействовать на окружающих, по-прежнему настойчиво уверял, что «передает другим свои мысли». Настроение характеризовалось неустойчивостью, в поведении отчетливо выступали психопатоподобные черты.

Был выписан на поддерживающие дозы аминазина (150 мг в день).

После выписки получил академический отпуск, уехал домой. Дома помогал по хозяйству и «занимался танцами». Через 3 месяца вновь стал замечать, что его мысли «читаются окружающими людьми», а вскоре «установил связь с другими планетами», «слышал различные звуки и голоса с других планет». Стал раздумывать над проблемой улучшения жизни на Земле и других планетах.

С осени 1961 г. приступил к занятиям в МГУ, но заниматься не мог. Обращал на себя внимание окружающих также тем, что очень много говорил и был чрезвычайно злобным. Стационарирован в психиатрическую больницу повторно.

Психический статус: сознание ясное, полностью ориентирован. Возмущен помещением в больницу, считает себя «абсолютно здоровым», требует выписки. Заявил, что будет говорить откровенно только в том случае, если врач «признает его нешизофреником». Убежден, что все окружающие читают его мысли, «сам же

он этой способностью не обладает». Временами внезапно начинает размахивать руками — «передавать мысли».

Обнаруживает явную переоценку личности. Требуется немедленного свидания с рядом выдающихся физиков, заявляет, что вместе с ними установит связь с другими планетами и выработает систему улучшения жизни на Земле и в других мирах. Требуется этого свидания немедленно, ибо у него есть «важные планы, а время не ждет». О «безобразной челюсти» совершенно не вспоминает. Напряжен, злобен, стремится к побегу, конфликтует с персоналом, нападает на больных, преимущественно слабых, отнимает у них продукты.

Лечение: аминазин (400—600 мг в сутки внутримышечно), резерпин (11 мг в сутки), сульфозинотерапия (12 инъекций). В процессе лечения перестал активно высказывать бредовые идеи. Заявил, что мысли его читать перестали и о других планетах он ничего не слышит, но долгое время оставался очень злобным и агрессивным. Продолжал нападать на больных, стараясь ударить по лицу («они мне надоели, раздражают»), отнимал у них продукты, сопротивлялся лечению.

К концу пребывания стал более мягким и спокойным, начал проявлять озабоченность по поводу учебы: не отчислили ли его, как дела с общежитием, дадут ли ему стипендию и т. д.

Однако полностью проявления психопатоподобного поведения не исчезли: легко раздражался, вступал в пререкания с персоналом, настаивал на немедленном выполнении всех его требований. В декабре 1961 г. был переведен в психиатрическую больницу по месту жительства.

По данным катамнеза, с 1963 г. непрерывно находится в больнице. Периодически высказывает отрывочные бредовые идеи: «на мозг давят», «дух, пузыри воздуха проходят через тело, но, может быть, это и не дух». Бывает злобен, напряжен, агрессивен по отношению к окружающим. Нарастает бездеятельность и безразличие ко всему. На вопросы почти не отвечает, иногда лишь дает краткие ответы, чаще просто «да» или «нет». Длительным пребыванием в больнице совершенно не тяготится.

В данном наблюдении заболевание началось в 12-летнем возрасте с усиления присущих больному характерологических особенностей, к которым через два

года присоединился синдром дисморфомании (идеи физического недостатка, активное стремление его «исправить», идеи отношения, подавленное настроение). Наблюдались и такие характерные проявления этого синдрома, как симптом зеркала и симптом фотографии.

Однако в отличие от большинства других наблюдений в данном случае в процессе самого синдромаобразования первично возникли не бред физического недостатка, а идеи отношения, носившие какой-то промежуток времени недифференцированный характер (больной не мог понять, почему к нему стали вдруг по-особому относиться) и только в дальнейшем нашедшие объяснение («широкая нижняя челюсть»). Интересно и объяснение, которое больной дал своему «дефекту» (кстати сказать, здесь не удастся констатировать наличие какой-либо ипохондрической трактовки: больной просто заявлял, что челюсть «увеличилась от перемены климата»).

Типичным является и довольно быстрое присоединение выраженного психопатоподобного поведения, в основном по типу нарастания эксплозивности, ставшей особенно заметной во время учебы больного в вузе.

В то же время психопатоподобное поведение у этого больного возникло не как нечто качественно новое (что отмечалось в большинстве подобных наблюдений), а развивалось по линии гротескного, шаржированного выявления прежних особенностей личности: больной с детства был склонен к реакциям раздражения, однако ранее нерезко выраженным и не мешавшим социальным контактам. Надо отметить также и волнообразность появления этих психопатоподобных расстройств поведения, так же как и наличие при этом определенной «избирательности» (например, больной конфликтовал в основном с товарищами, а в больнице — с младшим персоналом и больными, не проявляя этого в отношении врачей).

Через довольно короткий промежуток времени (3 года) на смену синдрому дисморфомании, носящему типично паранойяльный характер, пришел параноидный синдром. Довольно типична здесь и динамика самого синдрома дисморфомании: не став стержнем параноидной симптоматики, этот симптомокомплекс, постепенно редуцируясь (один за другим исчезали такие симптомы, как депрессия, стремление к «исправлению», идеи отношения), все больше как бы отходил на второй план. Дольше всего держался бред физического недостатка, но во все более выхолощенном виде. Потеряв постепенно

прежнюю актуальность, и этот бред в дальнейшем полностью исчез.

Не останавливаясь подробно на психопатологической характеристике следующих друг за другом параноидного и довольно быстро за ним развившегося парафренного синдрома (так как это выходит за рамки нашей задачи), мы все же хотели бы отметить одну особенность параноидного синдрома, наблюдаемого нами и у некоторых других больных рассматриваемой группы и, в частности, у ранее описанной больной А.: оформление синдрома Кандинского — Клерамбо в его «активном» и «пассивном» вариантах (по М. Г. Гулямову). Больной не только испытывал «воздействие» извне, но вскоре и сам, «имея особую нервную систему», стал «влиять на мысли, чувства и даже внешний вид окружающих». В данном наблюдении инвертированный синдром Кандинского — Клерамбо был предтечей парафренного синдрома (у больного имеется особая связь с другими планетами, он вырабатывает систему улучшения жизни на Земле и других мирах и т. д.).

Быстро пройдя весьма характерную динамику (паранойальный, параноидный, парафренный этапы), шизофренический процесс у данного больного привел к типичному конечному, как показывают данные катамнеза, апатико-абулическому состоянию. Необходимо отметить и малую курабельность имеющейся у больного симптоматики.

Характеризуя в целом недоброкачественное течение шизофрении, манифестирующей дисморфоманическими расстройствами, мы еще раз хотели бы подчеркнуть, что истинно злокачественного течения, когда конечные состояния развиваются очень быстро, мы не наблюдали, если этот синдром имел черты более или менее выраженной стойкости и завершенности. При истинно злокачественном течении дисморфоманическая симптоматика была обычно представлена рудиментарно, отличалась нестойкостью, лабильностью, «мерцающим» характером, подчас политематичностью, довольно часто — нелепостью жалоб и не определяла всего поведения больных. В таковом виде она обычно не вызывала и сомнений дифференциально-диагностического характера.

***Синдром дисморфомании в
клинике шизофрении с
приступообразно-прогредиентным***

**Дисморфомания в
подростковом и
юношеском
возрасте**

течением

Коркина М.В.

Особенностью больных этой группы было то, что только в одном наблюдении болезненные переживания были представлены бредом недержания кишечных газов, во всех остальных это была сверхценно-паранойяльная или паранойяльная убежденность в том или ином физическом уродстве.

У 75 % больных имелась наследственная отягощенность в виде шизофрении у близких родственников. В преморбиде больные либо не выявляли каких-либо характерологических особенностей, либо обнаруживали шизоидные черты чаще всего в виде акцентуации характера.

У довольно значительной части больных (29 %) до болезни обращала на себя внимание активность, деятельность, стеничность, стремление обязательно добиваться желаемого. Почти все больные обладали довольно высоким интеллектом, хорошо учились, нередко совмещая учебу с занятиями музыкой, спортом, общественной работой.

Заболевание начиналось обычно в пубертатном возрасте с неврозоподобных, астенических или психопатоподобных проявлений, выраженной аффективной неустойчивости. У ряда больных можно было отметить появление негативного отношения к одному или обоим родителям, большую ранимость, обидчивость.

У части больных (27 %) синдром дисморфомании развивался на фоне непрерывного течения заболевания и сочетался с аффективными расстройствами, чаще депрессивными, иногда чередующимися с гипоманиакальными. На высоте депрессивных приступов происходило резкое обострение дисморфоманических переживаний, обычно с

суицидальными тенденциями («с таким уродством жить нельзя») и нередко присоединением деперсонализации и дереализации («я вся какая-то другая», «все кругом как будто мертвое» и т. д.). Типичным было и объяснение причины подавленного настроения — «все это от ужасного уродства».

По миновании депрессивных приступов синдром дисморфомании, не исчезая совершенно, значительно терял аффективную насыщенность, был менее выраженным. Вне приступов больные удерживались в жизни, хотя после выхода из каждого нового приступа становились все более эгоистичными, холодными и равнодушными к родственникам.

В период гипоманиакальных состояний (более редких, чем депрессивные) больные становились деятельными, очень работоспособными, добивались получения квартиры или перевода на другую, более высокооплачиваемую работу, повторно женились или выходили замуж, легко заводили контакты. Однако, несмотря на повышенное настроение, они не забывали совершенно о своем «дефекте», хотя в эти периоды и заявляли, что «это просто блажь», «вещь, не стоящая огорчений», «дурь молодости». Гипоманиакальные состояния у этих больных были различной продолжительности (от 2 нед до полутора лет) и сменялись либо обычным для них «дисморфоманическим фоном», либо депрессией.

У двух больных течение болезни приближалось к периодическому, проявляясь аффективно-бредовыми приступами. Клиническая картина, характеризующаяся острым паранойальным бредом с депрессией, развивалась у этих больных несколько позже, чем в подавляющем большинстве остальных наблюдений, — в 20 лет и в 22 года. Приступы эти, в значительной степени развивающиеся по весьма стереотипному (как в этих случаях принято говорить — типа «клише») виду, варьировали только по содержанию паранойального бреда, различного в первом и втором приступах. В обоих случаях можно было отметить по два приступа. У первой больной первый приступ депрессивно-бредового характера был представлен типичным синдромом дисморфомании («морщинистое, как у старухи лицо») и второй — синдромом дисморфомании, проявлявшимся убежденностью в «уродливо тонких ногах». У первой больной во втором приступе возник бред ревности, у второй — эротический. Кстати сказать, эта вторая больная после повторного приступа в течение 9 последующих лет наблюдения не обнаруживала никакой психотической симптоматики (выявляя лишь некоторую ранимость и не свойственную ей ранее тревожность и сензитивность), несмотря на ряд тяжелых психогений (осуждение за хулиганство и ссылка сына, затем пребывание его в больнице по поводу шизофрении).

У 10 больных заболевание протекало в форме, если так можно выразиться, дисморфоманических шубов, напоминающих шизофренические приступы «мономорфного» типа, описанные В. А. Концевым (1965—1975), но без каких-либо галлюцинаторных расстройств либо в виде протрагированных атипичных пубертатных шизофренических приступов, выделенных П. В. Морозовым (1977).

Длительное прослеживание (до 22 лет) среди больных этой

группы нам удалось осуществить у 7 человек. У пяти из них после ремиссии тимопатического [Жариков Н. М., 1962] или психопатоподобного характера [Успенская Л. Я., 1967] с остаточными, но уже весьма дезактуализированными дисморфоманическими переживаниями через 3— 8 лет возникли приступы уже типично параноидного характера. У двух больных, первый приступ у которых можно характеризовать в одном случае как астенический и во втором — как психастеноподобный, после 40 лет вновь возникли дисморфоманические переживания, но с иной фабулой бреда. У одной больной это был вполне оформленный типичный синдром дисморфомании, у другой — рудиментарный на фоне выраженной депрессии. В период ремиссий эти больные никаких жалоб на «дефекты» внешности не предъявляли, но обнаруживали не свойственную им ранее ранимость, обидчивость, раздражительность, плаксивость, хотя наряду с этим обе успешно справлялись со своими обязанностями, закончили учебу в институте, вышли замуж, одна из них написала кандидатскую диссертацию.

Характеризуя особенности шубообразной шизофрении с синдромом дисморфомании в целом, надо еще раз отметить, что чаще всего течение ее приближалось к непрерывному, ремиссии были кратковременными и невыраженными (преимущественно тимопатического или астенического типа). Течение же заболевания было ближе к непрерывно текущей параноидной шизофрении с характерной сменой различных этапов процесса.

Приведем соответствующее наблюдение.

Больная Д, студентка, инженер, затем инвалид II группы. Отец был психически здоровым, погиб на фронте. Мать, учительница по специальности, не работает, состоит на учете у психиатра «по поводу истерии», чрезвычайно активная, с сутяжными тенденциями. К дочери всегда была очень внимательна и заботлива.

Больная — единственный ребенок. Росла и развивалась правильно, но в детстве много болела. Перенесла дифтерию, скарлатину, коклюш, дважды пневмонию, туберкулез легких (процесс закончился к 10 годам), стригущий лишай, частые ангины. С 9 до 12 лет было ночное недержание мочи, в этот же период испытывала по ночам страх, плохо спала, кричала, так как казалось, что кто-то смотрит на нее из печки. Вскоре ночные страхи исчезли. В связи с болезненностью пошла позже в школу (с 9 лет), училась всегда очень хорошо, окончила школу с золотой медалью. По характеру была настойчивой,

самолюбивой, упрямой, но в то же время общительной, контактной, была очень привязана к родителям. Тяжело переживала известие о гибели отца.

Менструации с 18 лет, регулярные, безболезненные. Половых связей не было.

Во время учебы в 10-м классе (18 лет), после того как у нескольких соучеников были обнаружены глазные болезни, больной стало казаться, что и с ее глазами что-то происходит. Была убеждена, что глаза изменились, покраснели, периодами испытывала ощущение рези. В то же время неоднократное обследование у окулистов никакой патологии не выявило.

После окончания десятилетки приехала в Москву и без экзаменов поступила в вуз. Первое время хорошо успевала, хотя долго не могла освоиться с жизнью в общежитии, так как дома привыкла к тишине и вниманию матери. По-прежнему беспокоило ощущение рези в глазах и мысль, что глаза красные.

Состояние резко ухудшилось зимой 1954 г. (больной 20 лет). Появилась убежденность, что глаза стали «ненормальными», что все это замечают, все обращают на нее внимание. Не могла ни о чем другом думать, перестала бывать в общественных местах, не ездила в метро и других видах транспорта, так как казалось, что все на нее смотрят и смеются. Проходила большие расстояния пешком.

Прекратила ходить на лекции. Получала за непосещение занятий выговоры, но никому ничего о своем состоянии не говорила. Запустила учебу, перестала общаться с товарищами, целыми днями сидела дома и часами рассматривала себя в зеркале. Носила с собой зеркало повсюду, находила глаза изменившимися, «с ненормальным выражением», прибегала к всяческим уловкам, чтобы скрыть свой «дефект»: носила темные очки, старалась быть в постоянном движении, чтобы окружающие «не успевали разглядеть» ее глаза. Неоднократно обращалась к окулистам за помощью, не верила их убеждениям, что глаза ее такие же, как у всех. Постоянно находилась в угнетенном состоянии, перестала следить за собой, ложилась в туфлях на кровать, стала неряшливой, ничем не интересовалась, целыми днями думала только о своих глазах и о том, как скрыть их «ненормальность».

Летом 1954 г., приехав на каникулы домой, почувствовала некоторое облегчение, так как была окружена только родственниками, которые, по ее просьбе, старались не

смотреть в ее сторону. Осенью никак не хотела возвращаться в институт. Придумывала различные отговорки, уверяла, что не может ехать, так как потеряла паспорт. После настойчивых уговоров матери вернулась в Москву, но на занятия почти не ходила. По-прежнему была убеждена, что у нее ненормальные глаза, что все на нее смотрят и смеются.

В феврале 1955 г. перенесла очередную, очень тяжелую ангину с высокой температурой. На высоте температуры (в течение двух недель) мысли о глазах почти не беспокоили, но затем приобрели прежнюю интенсивность и, кроме того, появилась убежденность, что ее глаза «обладают способностью влиять на людей, вызывать у них такие же изменения». Замечала, что у подруг, матери, профессора после беседы с ней глаза тоже «заволакивало». Не смогла больше находиться в общежитии, не стала сдавать зимней сессии, переехала к знакомым. Там, в уединении, чувствовала себя легче. Появился интерес к медицинской литературе, «хотела понять, почему глаза так изменились». Стала жаловаться на головные боли («на голову как каска надета»), плохо спала.

2 июня 1955 г. была стационарирована в психиатрическую больницу, где пробыла до 24 марта 1956 г.

При поступлении жаловалась на резь в глазах, была убеждена, что глаза у нее не такие, как у всех, что все это замечают; была подавленной. Старалась все время быть в движении, чтобы «скрыть свои глаза», чтобы окружающие не успевали фиксировать на ней взгляд и заметить выражение ее глаз.

Держалась в стороне от больных, не выходила на прогулку, просила разрешения приходить в столовую позже других больных, чтобы ни с кем не встречаться. Иногда говорила о том, что ее взгляд может и у других вызывать «изменение глаз», но сообщала об этом довольно равнодушно. Отмечала, что такое ощущение бывает у нее мимолетным и что самое главное — не это, а то, что ее глаза изменились и что все окружающие смотрят на нее. Испытывала в связи с этим тревогу и тоску.

Больной себя не считала, не поддавалась никаким переубеждениям, была твердо уверена, что глаза ее «действительно изменились». Расстройств восприятия не выявлено. Интеллектуально сохранна.

Со стороны соматической и неврологической сферы не обнаруживалось никакой патологии, кроме некоторого

увеличения щитовидной железы, тремора век и пальцев рук.

Больной были проведены лечение электросном и шоковая инсулинотерапия (20 шок на 180 ЕД инсулина). Уже на гипогликемических дозах можно было отметить некоторые колебания в состоянии больной: она становилась то эйфоричной, то тоскливой и раздражительной, то амбивалентной и негативистичной. Вскоре перестала говорить о том, что ее взгляд вызывает изменение глаз у окружающих. Однако мысли о том, что ее собственные глаза изменились (так же как и связанные с этим идеи отношения), держались почти постоянно.

У больной все более отчетливо выявлялись психопатоподобные черты в поведении: нарушала режим отделения, дразнила больных и даже вступала с ними в драку, самых тяжелых больных называла симулянтами, грубила персоналу.

К концу пребывания в больнице стала значительно спокойнее. Бредовые идеи поблекли, но полностью не исчезли. Была выписана с диагнозом: «Паранойяльная реакция с синдромом дисморфофобии». После выписки приступила к учебе на II курсе.

Мысли о «ненормальности» глаз держались еще около 2 лет, а затем постепенно исчезли. Несколько дольше держались идеи отношения, когда больной периодами казалось, что прохожие на улице смотрят на нее с насмешкой или презрительно, но теперь она не связывала это с глазами и их выражением. Со временем исчезло и это, и все более заметными становились психопатоподобные расстройства. Стала очень интересоваться своей внешностью и нарядами. Не считаясь с тяжелым материальным положением матери, жившей только на пенсию, требовала от нее все новых покупок. Приобретала себе дорогие вещи, в ответ на замечания матери нецензурно ее бранила, била, плевала в лицо.

К учебе относилась без всякого интереса, зато очень часто посещала кино и вечеринки, проявляла большой интерес к молодым людям.

Первое время психопатоподобное поведение проявлялось только в отношении матери, с посторонними же больная в этот период вела себя очень вежливо. Например, когда больную в общежитии за что-то отругала уборщица, она не только той не нагрубила, но даже решила после этого сделать ей подарок, «чтобы задобрить». В то же время по

отношению к матери проявляла чрезвычайную грубость, нетерпимость, садистические тенденции: больной доставляло удовольствие следить за тем, как мать плачет после ее побоев или циничной брани.

Года через два психопатоподобное поведение стало проявляться и в отношении соседей по общежитию. Объясняла это тем, что другие студентки завидуют ее большому успеху у молодых людей и упрекают ее в том, что она «лежала в сумасшедшем доме», но и она «в долгу не остается».

Ввиду непрекращающихся конфликтов больную в общежитии поселили не со студентками, а с сотрудниками института; в этот период очень злобно относилась и к врачам, контактировала с ними крайне формально, к прошлым болезненным переживаниям относилась без всякой критики. Считала, что ей не следовало ложиться в больницу, так как теперь «это только дает повод для сплетен» и портит ее отношения с молодыми людьми. Занималась мало, но училась в основном на четверки и пятерки. Помимо матери и студентов, ни с кем не конфликтовала, с преподавателями и сотрудниками деканата была корректна и сдержанна.

После окончания института (в 1959 г.) приступила к работе по специальности. С работой успешно справлялась, внесла даже какое-то рационализаторское предложение. Жила в общежитии, никак не могла наладить свой быт, нерегулярно питалась, не ладила с соседками по комнате.

Состояние заметно ухудшилось осенью 1960 г.: нарастали слабость и сонливость, с работой справлялась хуже, самовольно уходила из цеха, а вскоре поссорилась с рабочей, назвала ее дурой, бросила в нее помидор и вцепилась в волосы. Была вызвана милиция, больную обвинили в хулиганстве. Уволилась с работы и в ноябре 1960 г. приехала к матери.

Там вскоре «поняла», что ее бывший начальник с помощниками «облучают ее по ночам». Однажды ночью «видела этого начальника, как живого, внутри головы», уверяла, что это было «не во сне, а наяву». «Поняла» также, что подготовка к этому «радиоактивному облучению» проводилась еще по месту работы, где ей под видом прививки против оспы сделали «какой-то укол, который изменил весь организм и еще подействовал на яичники».

Стала очень злобной по отношению к родным, нецензурно

бранила мать, таскала ее за волосы. Двоюродным братьям говорила, что они «сыщики», «доносчики в милицию». Периоды ярости сменялись отчаянием, когда больная падала на колени, внезапно начинала молиться, умоляла мать спасти ее. Не спала по ночам, плохо ела. Мать повезла больную в Москву. В поезде наступило резкое обострение. Больная куда-то рвалась, кричала: «Вон вижу лучи из окна!» Вставала на колени, просила у всех прощения. Была 28. XII.1960 г. стационарирована в психиатрическую больницу, где пробыла до 22 апреля 1961 г.

При поступлении: напряжена, недоступна, на вопросы не отвечает, отворачивается к стене, закрывается с головой одеялом. При попытке ее обследовать дает агрессивную реакцию, старается ударить врача. Затем, в процессе аминазинотерапии, стала несколько мягче, рассказала, что испытывает влияние лучевой энергии. Убеждена, что это на нее действует ее бывший начальник. «Облучение», по мнению больной, вызвало большие изменения в организме и «особенно повлияло на яичники». Поэтому больная постоянно ощупывает свое лицо, чтобы проверить, не растет ли у нее борода. Убеждена, что «к облучению» ее подготовили специальным уколom, который сделали под видом оспенной прививки. Одного из врачей принимала за человека, специально подосланного с места работы, чтобы следить за ней.

Месяца через два стала заявлять, что теперь поняла, что облучение шло «не с завода, а от соседа по дому». Облучали ее для того, чтобы она «рассказывала все о своей работе», а соседкам по общежитию в то же время было поручено следить за ней. Была напряженной, ни с кем из больных не общалась, никак не реагировала на обстановку беспокойной палаты, не причесывалась и не умывалась.

Целыми днями лежала в постели, отвернувшись к стене. Если ее поднимали, то молча, ни на кого не глядя, быстрым шагом ходила взад и вперед по отделению. Такое состояние отмечалось около трех месяцев. Затем больная стала мягкой, контактной, начала критически относиться к прежним бредовым высказываниям. Много занималась рукоделием. С приходившей к ней на свидание матерью была внимательна и приветлива. Заботилась о ее здоровье, не грубила, как прежде, и вообще в отделении была самой спокойной и тихой больной. Не проявляла никаких психопатоподобных черт, которые были так заметны в прошлом.

Наряду с этим выявилось заметное снижение по апатическому типу: стала более вялой, бездеятельной, не

читала газет, не смотрела передач по телевизору, много спала. В то же время сохранился прежний интерес к работе, строила в этом отношении вполне реальные планы, не хотела даже слышать об инвалидности. Была выписана на поддерживающие дозы аминазина. На этот раз без всяких сомнений у больной была диагностирована шизофрения.

После выписки в течение 3 месяцев не работала, так как не хотела далеко уезжать от матери, а переговоры о перемене места назначения на более близкое затягивались. В начале августа 1962 г. все же поехала на работу в другой город. С работой справлялась, но вскоре стало казаться, что сотрудники к ней плохо относятся, «преследуют за правду». Самовольно уехала к матери. Была стационарирована в психиатрическую больницу, где пробыла с 4.1 по 4. III.1962 г. Получала имизин, аминазин, глютаминовую кислоту, метионин.

По выписке из истории болезни психическое состояние больной в то время было следующим: «Сознание ясное, ориентирована, доступна формально, о своих переживаниях говорит отрывочно и неохотно. Жалобы на скованность, какое-то напряжение в теле. Временами думает, что вместо аминазина ей вводят что-то другое, в связи с этим становится подозрительной, настороженной, плохо спит. В процессе лечения стала мягче, доступнее, рассказала о своих болезненных переживаниях, критически к ним относится. Настроение ровное. Работает, общительна с больными. Тяготится пребыванием в больнице. Установка на работу. Выписана в хорошем состоянии матерью».

После выписки из больницы больная приступила к работе, затем сама обратилась к врачам и 2,5 месяца лечилась стационарно, по месту жительства, аминазином. Вновь работала 6 месяцев — на этот раз по месту жительства — довольно успешно (внесла рационализаторское предложение, получила премию, принимала участие в общественной работе). По словам матери, в этот период порой бывала очень раздражительной, старалась реже бывать на людях, «чтобы не сплетничали, что лежала в психиатрической больнице». В то же время заметно изменилась по характеру: стала мягкой, заботливой, не только не требовала от матери нарядов, как раньше, но стала сама покупать ей подарки, следила, чтобы мать не делала тяжелую работу. Упрекала мать, что та ее неправильно воспитывала — «эгоисткой». Родственники больной также отмечали, что она стала значительно мягче.

Очередное обострение наступило весной 1963 г., и больная

с 24. III по 28. IX.1963 г. в третий раз находилась в психиатрической больнице. Высказывала идеи физического воздействия, испытывала слуховые и кинестетические псевдогаллюцинации, отмечались выраженные явления психического автоматизма. На этот раз включила в бред и лечащего врача, ретроспективно объясняя все события своей жизни следствием длительного гипнотического воздействия на нее со стороны этого врача («все в жизни делала, как приказывал врач с помощью гипноза»).

Лечилась аминазином и нозинаном. После исчезновения психотической симптоматики стала мягкой, спокойной, вместе с тем бездеятельной и безынициативной. В то же время по-прежнему отказывалась от перевода на инвалидность. Отмечала, что ее беспокоят, по ее выражению, «навязчивые мысли». Выражалось это в том, что она «помимо воли» бесконечно повторяет «в уме и языком» отдельные слова или короткие фразы («о чем бы ни подумала, какую-то часть мысли должна повторять; такое ощущение, что язык говорит, а на самом деле не говорит; я как будто думаю языком»). Эти явления, обычно исчезали, стоило больной заговорить с кем-либо или чем-то заняться (например, трудотерапией). К концу пребывания в больнице исчезли и эти болезненные переживания.

После выписки приступила к работе, но через полтора месяца была вновь — в четвертый раз — стационарирована в психиатрическую больницу, где находилась с 13.1 до 5. VIII.1964 г.

Психическое состояние: злобна, недоступна, почти все время лежит, закрывшись с головой одеялом, при этом объясняет: «У меня лицо мерзнет». Гримасничает, щурит глаза, вытягивает губы хоботком, хихикает. По временам цинично бранится, внезапно начинает громко смеяться. Уклончиво говорит, что «смех ей делают». Иногда к чему-то прислушивается, но на вопрос, что она в это время испытывает, грубо отвечает: «Не ваше дело». Движения угловатые, замедленные. Была переведена на инвалидность II группы. Лечилась стелазинотом, мажептилом, нозинаном, аминазином.

После выписки в состоянии улучшения некоторое время жила дома. Очень беспокоили вновь появившиеся навязчивые мысли кого-нибудь ударить. Через несколько месяцев состояние резко ухудшилось, и с 1965 г. больная периодически, каждые 3—4 месяца, стационарируется в различные психиатрические больницы с обострением состояния и с психическим статусом, подобным тому, что

наблюдался во время последнего стационарирования.

В данном наблюдении речь идет о больной, начальный этап шизофренического процесса у которой характеризовался возникновением синдрома дисморфомании, развившегося в период несколько запоздавшего полового созревания (18 лет).

В то же время нельзя обойти вниманием и отмечавшееся в 9—12-летнем возрасте астеническое состояние с выраженными ночными страхами. Ретроспективно сказать трудно, как квалифицировать это состояние: первые проявления шизофренического процесса или соматогенная астеноневротическая реакция в ответ на ряд соматических заболеваний.

Дисморфоманические расстройства, отмечавшиеся у данной больной почти в изолированном виде более 5 лет, были проявлением паранойяльного синдрома и определяли в течение этих лет по сути всю клиническую картину. Именно поэтому при первом стационарировании была диагностирована не шизофрения, а «паранойяльная реакция с синдромом дисморфофобии».

Хотя уже в то время у больной имелись отдельные шизофренические симптомы (головные боли сдавливающего характера — «как каска надета», отрывочные, мимолетно возникающие рудименты инвертированного синдрома воздействия—у окружающих при взгляде на больную глаза «тоже изменялись»), но эта симптоматика на данном этапе была выражена весьма нечетливо и была почти незаметной как в жалобах больной, так и при объективной оценке ее состояния.

Однако динамическое наблюдение показывает чрезвычайную значимость этих, тогда таких мимолетных, симптомов, большую прогностическую ценность их.

К синдрому дисморфомании (идеи физического недостатка с попытками коррекции его, идеи отношения, подавленное настроение) у больной некоторое время спустя присоединяются психопатоподобные расстройства. Присоединение этой вторичной психопатизации, в конце концов полностью сменившей синдром дисморфомании и на протяжении 3 лет определявшей всю клиническую картину, вначале трактовалось нами как выраженный шизофренический дефект, касающийся в основном эмоционально-волевой сферы, и больная была отнесена нами к группе больных с простой формой.

Дальнейшее наблюдение, обнаружившее не только возникновение типичного синдрома Кандинского — Клерамбо, но и исчезновение психопатоподобного поведения с развитием явлений апатико-абулического характера (снижение интересов, нарастание вялости и бездеятельности) показало ошибочность подобной трактовки, а заодно и важность непрерывного, длительного прослеживания «в длиннике».

Очень демонстративна в этом плане, в частности, динамика отношения больной к матери. С исчезновением проявлений психопатоподобного поведения у больной вновь появилась мягкость к матери и даже жалость и сочувствие к ней.

Таким образом, психопатоподобное состояние у этой больной было лишь этапом, временной реакцией процессуального характера, звеном в последовательной смене синдромов.

Вместе с тем медленное и довольно вялое течение процесса в первые годы, определенный творческий рост больной (успешное окончание школы и института, выполнение на работе обязанностей инженера с внесением ряда рационализаторских предложений) делали долгое время у этой больной диагноз шизофрении сомнительным. Как уже отмечалось, этой больной в течение нескольких лет ставился диагноз «паранойяльная реакция».

Появление у больной (после недлительной ремиссии астеноподобного типа) синдрома Кандинского — Клерамбо с возникновением к тому же ретроспективной бредовой трактовки всей своей жизни («все делала, как приказывал врач с помощью гипноза»), дальнейшее нарастание вялости, замкнутости, снижения интересов и, наконец, возникновение гебефренокататонических черт в поведении — все это делает диагноз шизофрении уже совершенно несомненным.

Кстати сказать, у этой больной имелся почти весь «набор» симптомов (ощущение телесного воздействия, влияния на мышление, чувства и т. д.), который с 1939 г. описывается Kurt Schneider под названием «симптомов I ранга» и о котором сам автор говорит: «Там, где имеются симптомы I ранга, для нас всегда шизофрения...» [Schneider K., 1957, с. 488] и в более поздней своей работе: «Там, где наблюдаются перечисленные явления и нет никакой соматической болезни, можно с полным правом клинически говорить о шизофрении» [Schneider K. 1959 с. 128].

Кстати, в картине описываемого синдрома у больной имели место не так уж часто встречающиеся речедвигательные псевдогаллюцинации, нередко называемые «галлюцинациями Сегла» [Гиляровский В. А., 1949; Porot A., 1960 и др.], но значительно ранее описанные В. Х. Кандинским [Снежневский А. В., 1952]. И именно эти речедвигательные галлюцинации были наиболее стойким и длительным проявлением синдрома психического автоматизма.

В клинической картине психоза у данной больной можно было отметить и факт так называемого «психосоматического балансирования», когда весьма стойкий синдром дисморфомании фактически исчез на фоне тяжело протекавшей ангины, а затем вновь обрел прежнюю интенсивность и актуальность.

Шизофренический процесс с первоначальной продуктивной симптоматикой в виде дисморфомании может протекать относительно благоприятно, со значительно более медленной утерей социальной адаптации. Клиническую завершенность дисморфомания приобретала в структуре депрессивного приступа, иногда сочетаясь с фобическими, деперсонализационно-дереализационными и психопатоподобными расстройствами. Дисморфомания сочеталась с идеями отношения, имели место симптом зеркала и симптом фотографии. Синдром дисморфомании существовал, постепенно дезактуализируясь по мере неуклонного нарастания негативной симптоматики на протяжении всего юношеского периода, усиливаясь в период атипичных депрессивных приступов и нередко полностью исчезая или значительно ослабевая при гипоманиакальных и маниакальных состояниях.

Приведем одно из таких наблюдений.

Больная И. Наблюдалась с 1960 г. по 1982 г. Отец — резонер, с формальным мышлением. Больная родилась первой по счету, беременность матери и роды без патологии. В раннем детстве перенесла коклюш, корь, стоматит, тяжелую диспепсию. В последующем отмечались частые ангины. После 3 лет болела реже. В дошкольном возрасте была беспокойной, упрямой, драчливой. В школьном возрасте оставалась упрямой, самолюбивой, тяжело переживала малейшие неудачи в учебе, всегда старалась достичь успеха в том, что ее интересовало. Например, упорно добивалась умения плавать, несмотря на то что дважды тонула.

Училась хорошо, особенно увлекалась математикой.

Одновременно занималась в музыкальной школе. С близкими была ласковой, отзывчивой, но могла быть и «трудной» — вспыльчивой, раздражительной, обидчивой и непослушной. Мать всегда очень любила, с отцом же сложились особые отношения: лет с 11—13, узнав кое-какие подробности об отношении полов, возненавидела отца. Казалось, что он обижает мать. Неприязненное отношение к отцу у больной оставалось и в дальнейшем.

В 15 лет окончила музыкальную школу. Через 2 года успешно закончила десятилетку и поступила в вуз. В начале сентября 1958 г. перенесла ангину и поэтому пришла в институт с некоторым опозданием. В группе было подавляющее большинство мальчиков, никак не могла с этим освоиться, стеснялась, волновалась, нередко приходила домой расстроенной, раздраженной. В зимнюю сессию наряду с пятерками и четверками получала и тройки. Жаловалась на вялость, говорила, что ей «тяжело», «мозги устали». Во втором семестре также жаловалась на вялость, утомляемость, отсутствие полного контакта с товарищами по группе, была раздражительной, плаксивой. В это же время стала очень часто смотреть на себя в зеркало.

В мае 1959 г. во время туристского слета, сдавая зачет по бегу с препятствиями, больная упала и ударилась лицом о бревно. Как будто бы была кратковременная потеря сознания. Один из товарищей повез ее домой на велосипеде, и по дороге, на большой скорости спускаясь под гору, они оба упали. Больная вновь ударилась лицом. Домой ее привезли с разбитым, отеком лицом, с вывихом ноги и с кровоподтеками в различных частях тела. Через полторы недели вернулась в институт. Очень много времени уделяла учебе, но отмечала, что эту сессию ей сдавать было труднее, чем зимнюю. Утратила прежнюю уверенность, очень волновалась, заявляла, что «ничего не знает», «ничего не помнит». Однако сессию сдала успешно. После сессии некоторое время работала вместе с другими студентами на стадионе. Нередко приходила домой «разъяренной», жаловалась на отсутствие контакта со своей группой, собиралась даже перейти в другую.

В августе 1959 г. находилась вместе с отцом в доме отдыха, где обратила на себя его внимание чрезмерной живостью и подвижностью, невозможностью ни на чем сосредоточиться. В то же время старательно следила за поведением отца, за его отношением к окружающим женщинам, не понимала шуток, обижалась, находя отца в обществе женщин. Упрекала его в том, что «в то время как

мать старится, на нем время никак не отражается».

С начала учебы на II курсе (в это время больная перешла в другую группу) стала необычно много уделять внимания своей внешности, особенно прическе, часто сочетая это с полным пренебрежением к чистоте своей одежды (могла, например, ежедневно менять прически и не обращать никакого внимания на грязные чулки и т. д.). Очень скромная до этого, стала много говорить о мальчиках, приводила молодых людей в дом и, не стесняясь присутствия родителей, обнимала и целовала своих гостей, смущая их своим поведением. Стала постоянно рассматривать себя в зеркале и приблизительно с октября 1959 г. высказывать недовольство своим носом. Говорила, что после травмы изменилась форма носа, «нос искривился». (В действительности, кроме едва заметного кожного рубчика на переносице, никаких следов травмы не осталось. В прошлом же, когда нос действительно был обезображен ссадинами и отеком, больная никаких жалоб на этот счет не предъявляла.) Уверяла, что форма носа изменила все лицо — «оно вытянулось». Затем стала говорить, что и незнакомые люди на улице обращают на ее лицо особое внимание, сразу замечают ее искривленный нос, он всем «бросается в глаза». Люди или усмеваются, переглядываются между собой, или отворачиваются, так как им неприятно смотреть на ее нос. Уверяла, что однажды даже слышала, как какие-то подростки, увидев ее, еще издали сказали: «Все бы хорошо, но нос...». Старалась выходить на улицу только вечером. Домой возвращалась возбужденной и раздраженной. Обращалась к врачам с просьбой исправить нос с помощью хирургической операции, но никто из них ей не советовал этого делать. Совсем забросила учебу. Уверяла, что она при чтении ничего не понимает, «трудно прочесть даже одну строчку». С большим трудом начала готовиться к сессии, но экзамены сдавать не смогла. Была освобождена от учебы и с января 1960 г. получила академический отпуск. Состояние заметно улучшилось, стала понемногу читать, помогала матери по хозяйству. Об изменении своего носа говорила лишь временами, причем иногда — без всякой критики, а иногда допускала мысль, что нос, если и изменен, то очень незначительно, а ей «кажется все это». Стала грубой с родителями, особенно с матерью.

В 1960 г. впервые стационарирована в психиатрическую больницу.

Физический статус: со стороны внутренних органов патологии не отмечается. В области переносицы определяется едва заметный кожный рубчик с небольшим

уплотнением.

Неврологический статус: сухожильные и периостальные рефлексy оживлены, равномерны, с расширенной зоной. Выраженная игра вазомоторов. Данных об органическом заболевании центральной нервной системы нет.

Психический статус: в первые дни после поступления была приветливой, общительной, но несколько застенчивой. Охотно беседовала с врачом, занималась вместе с больными рукоделием, ходила гулять. Жаловалась на усталость, на то, что стало тяжелее учиться. Некоторое же время спустя сказала, что больше всего ее волнует мысль о носе («горбинка на носу от удара передвинулась на бок и увеличилась, из-за чего все лицо ненормально вытянулось»). Говорит об этом много и обстоятельно, то с полной уверенностью, что лицо резко изменилось, то с некоторой критикой («может быть, и не очень нос изменился, но мне кажется, что очень»). Отмечала, что окружающим, особенно незнакомым людям, бросается в глаза уродство ее лица. Она по их мимике «понимает», что им неприятно на нее смотреть. Замечает, как они отворачиваются от нее, многозначительно переглядываются между собой. Тут же могла сказать, что, возможно, она ошибается, ей это только кажется, по дальше вновь начинала убеждать врача, что все это именно так.

Разговаривая с незнакомыми людьми или просто находясь в их обществе, старалась отворачиваться, «чтобы искривления носа не были видны», но вела себя вполне адекватно, общалась с больными, выполняла все правила внутреннего распорядка. Через несколько дней состояние изменилось. Стала шумной, пела, танцевала, приставала к больным, щипала и щекотала их, пыталась обнимать, мешала им спать, среди ночи будила их. В ответ на замечания персонала гнала всех из палаты, грубила или заявляла: «Я буйная». При этом была эйфоричной, временами злобной и агрессивной. Подобные состояния возбуждения сменялись вялостью, подавленностью, когда больная много лежала, ничем не хотела заниматься. В эти периоды сообщала, что не знает, о чем думает, в голове пустота и она разговаривает с окружающими «лишь бы говорить, а о чем — сама не знает». «Нет никаких желаний, ничего не хочется, я стала, как старуха». Постоянно нарушала режим, пела в тихий час, дразнила больных (например, больной с идеями отравления заявила, что в пищу действительно подкладывают яд, танцевала перед кроватью больной, страдающей эпилепсией, громко потешалась над разорванной речью больной шизофренией),

цинично бранилась. Особенно грубой, развязной и циничной была с младшим персоналом и родителями, с врачами же держалась более тактично.

Наряду с психопатоподобным поведением обнаруживала склонность к резонерству, была вычурной, манерной. Высказывания часто носили амбивалентный характер.,

Периодами внезапно становилась очень тревожной, кричала, что не хочет умирать, просила врача не отходить от нее. Эти периоды тревожно-тоскливого возбуждения (так же как и циничное поведение) были особенно выражены в состоянии гипогликемии и в первый период после выведения из инсулинового шока (больная получала шокую инсулинотерапию в комбинации с аминазином и андаксином). Часто рассматривала себя в зеркале, причем с течением времени с особым вниманием стала разглядывать не лицо, а ноги; заявляла, что «фигура у нее хорошая», а ноги «несоразмерно тонки». Спрашивала врача, что нужно сделать, чтобы ноги стали «более толстыми». Говорила об этом без особой эмоциональной окраски, легко переключалась на другие темы. В процессе лечения стала более спокойной и сдержанной, перестала нарушать режим, приветливо встречала посещавших ее родителей.

Перед выпиской сообщила, что одно время у нее возникали мысли об отравлении, поэтому она и была периодами такой тревожной. О «кривом носе» и «тонких ногах» активно не заговаривала, при расспросах же уверяла, что это ее теперь мало беспокоит. Однако дома после выписки (выписана на поддерживающие дозы аминазина) постоянно рассматривала себя в зеркале, много говорила о том, что она «очень толстая», а «ноги тонкие». Недели через две перестала говорить о дефектах внешности, но вновь стала очень грубой и злобной по отношению к родителям.

С сентября 1960 г. пошла учиться (повторять ранее пройденный семестр). Была очень довольна, что в институте много молодых людей. Легко заводила знакомства не только в институте, но и на улице. Состояние особенно ухудшилось с ноября 1960 г. Грубо относилась к родителям, цинично бранилась, старалась говорить неприятные для них вещи. Также злобна была к младшему брату.

Иногда жаловалась матери, что она стала старой, что у нее «дряблое тело», «старческие морщинки вокруг рта» и что она «никогда не выйдет замуж». Говорила также, что в институте ее «все считают онанистской», спрашивала мать, не расстреливают ли онанистов. В середине ноября 1960 г.

имела половую связь с малознакомым человеком. Сообщив об этом факте матери, объяснила его тем, что «не хотела оставаться старой девой и не хотела также, чтобы ее считали старой».

С декабря 1960 г. стала особенно развязной, заводила случайные знакомства. Дома нецензурно бранила родителей, могла всячески оскорблять мать при посторонних. Перестала предъявлять какие-либо жалобы по поводу своей внешности, но постоянно и всюду смотрела на себя не только в зеркало, которое всегда носила с собой, но не пропускала ни одного блестящего предмета: рассматривала себя в стекле витрины, телефона-автомата и т. д. Вновь стационарирована.

Психический статус: к своему состоянию сейчас и в прошлом относится без всякой критики. Не стесняясь, всем сообщает о том, что у нее подозревают беременность, подробно рассказывает, как ее осматривал гинеколог. О внешности своей совершенно не заговаривает, но постоянно рассматривает себя в зеркале. На вопрос, не беспокоит ли ее сейчас нос, отвечает: «Какая ерунда». К родителям относится злобно, считает их виновниками стационарирования, требует немедленно взять ее домой. В отделении ведет себя неправильно, ходит по палатам, поет, свистит, курит, не слушает никаких уговоров. Периодами внезапно становится тоскливой, спрашивает: «Разве можно жить с такими ногами?»

Лечение: аминазин (до 300 мг в сутки) и нозинан (до 125 мг в сутки) внутримышечно. Состояние значительно улучшилось: поведение стало упорядоченным, настроение — ровным и спокойным. Выписана домой на поддерживающие дозы плегوماзина (75 мг в сутки).

После выписки первое время чувствовала себя хорошо, принимала плегوماзин. С родителями вела себя правильно, была послушной, о своей внешности ничего не говорила. Мать устроила больную музыкальным работником в детском саду. Однако больная ходила на работу неохотно и особенно неохотно занималась там музыкой («это мне неинтересно»). Со второй половины июня 1961 г. состояние заметно ухудшилось: перестала принимать плегوماзин, грубо и дерзко разговаривала с матерью, не слушала ее. Недовольства своей внешностью не выражала, наоборот, теперь часто говорила, что довольна своей фигурой, что у нее красивые ноги. К молодым людям относилась без особого интереса. По отношению к родителям, особенно матери, становилась все более грубой и злобной, заявляла, что очень бы хотела избавиться от родителей, что они

мешают ей жить, ограничивают ее свободу.

Стационарирована в третий раз (1961). Возмущалась стационаризацией, бранила мать, кричала, что надо лечить мать, а не ее. Больной себя не считает, но к прошлым переживаниям относится с некоторой критикой («про нос говорила, когда больна была»). Спрашивает, как ей надо вести себя, чтобы поскорее выписаться. Против лечения аминазином не возражает, но очень опасается, как бы ее не стали лечить инсулином («не хочу толстеть»). Бредовых идей не высказывает, галлюцинации отрицает. Часто гримасничая, рассматривает себя в зеркале, но никакого недовольства своей внешностью не обнаруживает. Наоборот, говорит, что у нее очень красивая фигура и красивые ноги. Держится высокомерно. Постоянно нарушает режим, очень охотно говорит на сексуальные темы, поет циничные песни.

Переведена на II группу инвалидности. Лечилась аминазином. Постепенно становилась все более мягкой и спокойной, начала читать и заниматься рукоделием, в отделении и с родителями вела себя правильно. Была выписана на поддерживающие дозы аминазина. Дома вскоре состояние вновь ухудшилось, причем на этот раз особенно грубой и злобной больная была с матерью. Родители пытались устроить ее работать плановиком в ЖЭК, копировщицей, чертежницей, но она нигде долго не удерживалась из-за склонности к конфликтам. Например, своему начальнику, пожилому человеку, сказала, что тот ей очень напоминает одного ее профессора, а тот «ужасный урод, похож на осла». Не захотела посещать и лечебно-трудовые мастерские. К работе никакого интереса не проявляла, но очень интересовалась заработком, возмущалась, что ей мало платят, требовала от родителей отчета, на что идет ее пенсия по нетрудоспособности. Аминазин принимать отказывалась.

В 1962 г. в четвертый раз находилась в психиатрической больнице. При поступлении напряжена, злобна. Во время беседы неадекватно улыбается, смотрит в сторону или вообще поворачивается к собеседнику спиной. Вычурна, манерна. Больной себя не считает, отрицает факты своего неправильного поведения («что вы чепуху несете?»). С больными в контакт не вступает, относится к ним пренебрежительно, грубит персоналу.

Получала аминазин (300—500 мг). Довольно быстро напряженность и злобность исчезли, но больная ничем не хотела заняться, постоянно ходила за врачом и назойливо спрашивала, когда ее выпишут. Пыталась заводить

знакомства с больными из мужского отделения. Затем стала вести себя более или менее адекватно, в отделении была тиха и малозаметна, приветлива и мягка с родителями.

После выписки в течение нескольких месяцев поведение было правильным. Работала паспортисткой в ЖЭКе, успешно справлялась со своими обязанностями. Затем вновь стала проявлять сексуальную распушенность, с родителями была злобна, цинична. Лечилась резерпином (родственники подкладывали его незаметно в пищу, так как принимать какие-либо лекарства категорически отказывалась). Была достаточной спокойной, упорядоченной. Вместе с тем стала просить отца купить ей велосипед, «чтобы развить ноги». Иногда упрекала родителей, что в ее «уродливости» виноваты они — «наградили».

В сентябре 1963 г. по собственной инициативе поступила в институт на II курс. Первое время хорошо училась, но приходила домой усталая, легко раздражалась. Вскоре в институте стала обращать на себя внимание грубостью, развязным поведением, и через 3 месяца ее отчислили. Дома была раздражительной, конфликтной, радовалась, когда мать болела, легко тратила родительские деньги и очень берегла свои. В течение 1964 г. амбулаторно принимала стелазин. По-прежнему дома была дерзка, груба, непослушна, часто нецензурно бранилась и дралась, но при посторонних старалась сдерживаться. В конце 1964 г. поступила на работу в медицинскую регистратуру, с работой справлялась. Дома же сразу поставила условие, что все деньги она будет тратить по своему усмотрению, а родители должны ее кормить и еще дополнительно одевать. Постоянно требовала все больше нарядов и выражала недовольство, если покупали что-либо другим членам семьи. К своему состоянию относилась без всякой критики. В течение непродолжительных периодов поведение было упорядоченным, помогала матери по хозяйству. В 1967 г. вышла замуж за психически больного, тепло к нему относилась. Перестала жаловаться родителям на личную неустроенность. Получила III группу инвалидности, собиралась устроиться на работу. Как-то поехала в гости к приятельнице за город. По пути на одной из станций вышла из поезда. Настроение было повышенным, почувствовала себя «сильнее и лучше всех», «нашла аудиторию», там на перроне и «выступила». Рассказала о том, что земля «кружится вокруг человека». При этом кричала, «слышала эхо своего голоса во всей вселенной». Считала, что все собравшиеся вокруг «хорошо ее понимали». Была

стационарирована.

Психический статус: уверяет, что никогда раньше не лечилась в психиатрической больнице. Резонерствует, манерна, малодоступна. Настроение повышенное. Держится надменно, высокомерно. Говорит, что «сделана из другого теста, поэтому руководит людьми». Вдруг начинает петь. Очень отвлекаема. Первое время в отделении плохо спала, была развязной, грубой, вступала в конфликт с окружающими. В процессе лечения (трифтазин, тизерцин) стала упорядоченной. Настроение ровное, с частичной критикой относится к своему прежнему состоянию.

После выписки состояние больной было неровным. Периодически бывала раздражительной, возбужденной, плохо спала. Вновь была стационарирована (1969). При поступлении возбуждена, напряжена. Считает себя психически здоровой, требует, чтобы ее немедленно выписали. Мышление аморфное, резонерствует. Неусидчива, требует к себе особого внимания, часто конфликтует с больными и персоналом. В результате лечения (триперидол, аминазин) стала спокойной, собранной, менее заметной в отделении, помогала персоналу. Хорошо спала.

После выписки на протяжении нескольких месяцев состояние больной было удовлетворительным: обслуживала мужа, вела хозяйство, Высказывала желание устроиться на работу надомницей.

С февраля 1970 г. начала довольно обнаженно говорить о своем сексуальном стремлении к мужчинам. Стала неусидчивой, напряженной. Дома цинично грубила, устраивала скандалы. Отказывалась от приема лекарств. Была неряшлива. В марте 1972 г. переведена на II группу инвалидности.

С августа 1972 г. начала работать машинисткой. Регулярно принимала лекарства. В дальнейшем порой жаловалась на утомляемость, сообщала, что «надоела машинка», бывала раздражительна, криклива, ругала родителей, что они виноваты в ее болезни. Летом 1973 г. вновь была переведена на III группу инвалидности. Принимала галоперидол, тизерцин. Весной 1975 г. развелась с мужем. Работала то курьером, то машинисткой. В беседе с врачом рассеянна, утомляема. Старается показать себя с лучшей стороны, интересной, умной, способной. Резонерствует, мышление аморфное. Кокетлива, манерна. Такое состояние длилось 4 года. Затем вновь стала обнаруживать

неадекватность в поведении и высказываниях, с гордостью всем говорила, что она «невеста английского принца», «сестра знаменитого пианиста», «дочь всем известных актеров» и т. д. К родителям относилась все более холодно, не тяготилась своей инвалидностью.

В данном наблюдении у личности чрезвычайно стеничной, самолюбивой в 12—13 лет возникает враждебное отношение к отцу, затем астенические расстройства, нарастающие затруднения в учебе («мозг устал»). Одновременно с этим все более проявляется чрезмерный интерес к своей внешности. В 18 лет формируется синдром дисморфомании. Интересно, что патологическая убежденность в кривом носе в данном случае возникает не в период имевшихся в действительности отека и ссадин, обезображивавших лицо, а полгода спустя — при полном отсутствии каких-либо изменений во внешности, кроме почти незаметного кожного рубчика на носу.

Идеи физического недостатка у этой больной характеризовались «политематичностью» («уродливый нос», «морщинистое лицо», «толщина», «дряблое тело», «тонкие ноги»). Надо отметить, что синдром дисморфомании в данном случае довольно быстро редуцировался. Разнообразные идеи физического недостатка, возникая все более эпизодически и все чаще «вплетаясь» в структуру смешанного состояния, постепенно перестали как-либо отражаться на поведении больной. Дольше всего держался симптом зеркала, но и он все больше «отрывался» от прежних переживаний. Идеи преследования и отравления, периодически высказываемые больной, также носили все более фрагментарный характер. Вместе с тем стали отчетливее выступать психопатоподобные расстройства в виде циничности, сексуальной распушенности, лживости, злобности и садистских тенденций в отношении родителей, т. е. нарушения, которые обычно характеризуются как гебоидные. Однако грубая психопатоподобная симптоматика имеет и у этой больной заметную волнообразность, отмечающуюся на фоне нарастающего оскудения, эмоционального снижения. Со временем все более заметными становятся аффективные колебания: атипичные гипоманиакальные состояния с чертами гебоидности сменяются атипичными же депрессиями, и течение болезни в целом принимает почти континуальный характер. Дисморфофобические явления (с полиморфной фабулой) от приступа к приступу становятся все менее выраженными, а по миновании юношеского возраста практически исчезают. В последнее время на фоне негативной симптоматики и некоторого «смягчения»

психопатоподобных расстройств у больной возникают нелепые бредоподобные фантазии, по клиническим проявлениям очень близкие к парафренной симптоматике.

Глава V. О связи синдрома дисморфомании с нервной анорексией

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Чрезвычайно активное стремление больных с патологической убежденностью в наличии того или иного физического недостатка к его «исправлению» (ввиду чего мы и — предлагаем термин «дисморфомания») особенно наглядно проявляется у больных с «излишней полнотой». Подобно тому, например, как больные с «безобразным носом» упорно добиваются хирургического вмешательства, больные с воображаемой или во всяком случае резко преувеличиваемой полнотой сознательно, иногда в очень трудной борьбе с собой, ограничивают себя в пище, упорно отказываются от еды, обрекают себя на длительное голодание как «единственное средство избавления от уродства».

В своем стремлении похудеть эти больные прибегают и к иным средствам (принимают различные анорексигенные препараты, тиреоидин, слабительные, вызывают искусственную рвоту, часто делают промывание желудка, выполняют изнурительные физические упражнения), однако резкое ограничение в пище является у них все же самым главным, обязательным и самым стойким симптомом (почти таким же стойким, как и «породивший» его синдром дисморфомании).

Значительно менее выраженное, но также длительное самоограничение в еде отмечалось и у некоторых больных с патологической убежденностью в непроизвольном отхождении газов — «с целью уменьшения процесса газообразования». Таким образом, у части больных клиника синдрома дисморфомании вплотную смыкается и затем тесно переплетается с клиникой нервной анорексии, представляющей собой одну из важных и очень сложных проблем современной психиатрии.

К истории описания нервной анорексии

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Описание элементов нервной анорексии можно найти еще у Авиценны в 1155 г. (цит. по М. Shafii, 1972). Позднее об этом писали Геррес (1594), Рейнгольд (1669); под названием «нервной чахотки» это заболевание впервые более полно описал Ричард Мортон в 1689 г. (цит. по Е. Bliss, Н. Branch, 1960). Однако лишь классические работы Вильяма Галла и Эрнеста-Шарля Лассега, выполненные в 60—70-х годах прошлого столетия, положили начало изучению нервной (синоним — психической) анорексии.

Термин «нервная анорексия» (*anorexia nervosa*) идет от В. Галла, в то время как Э. — Ш. Лассег, описав в 1873 г. 8 больных с целью «познать формы истерии в области желудка», предложил другое обозначение: *anorexie hysterique* — истерическая анорексия (первое название, данное В. Галлом в 1868 г., было весьма сходным — *hysteric aepsia* — *aepsia hysterica*). Впоследствии В. Галл заменил его более общим обозначением — «нервная анорексия». В дальнейшем во французской литературе наиболее широкое распространение получил термин «*anorexia mentalis*» (психическая анорексия), предложенный Юшаром в 1883 г. В немецкой литературе наряду с общепринятым обозначением «*anorexia nervosa*» нередко употребляется термин «*Magersucht*» (мания, проявляющаяся в стремлении похудания) или «*Pubertatimagersucht*».

Многочисленные исследования, проведенные в отношении нервной анорексии в последующий почти вековой период (и ставшие особенно интенсивными в последние годы)¹, сводились главным образом к попыткам ответить на 3 кардинальных вопроса: 1) каковы определение и клиническая характеристика нервной анорексии; 2) каковы ее этиология и патогенез и 3) какова ее нозологическая принадлежность.

Протестуя против встречающегося иногда очень широкого толкования понятия «психическая анорексия», А. Ро-рот (1960) пишет о необходимости четкого отграничения этого синдрома от других психических расстройств, ведущих к отказу от еды, — бредовых идей отравления, меланхолии и т. д. и отмечает, что этот «совершенно особенный» синдром встречается у молодых девушек и характеризуется четырьмя главными симптомами: анорексией, похуданием, аменореей и «особым психическим состоянием» (французские авторы говорят, что психическая анорексия характеризуется триадой «а»: анорексией, аменореей и похуданием — *amaigrissement*).

Подобное же определение имеется почти у всех авторов, описывающих нервную анорексию. Обычно речь идет о девочках-подростках, девушках и молодых женщинах, начинающих вне всяких соматических заболеваний упорно отказываться от еды и доводящих себя нередко до выраженной кахексии.

Однако значительное преобладание нервной анорексии у юных девушек и молодых женщин не делает этот вид патологии исключительно «привилегией» женского пола, значительно реже, но она встречается и у мужчин [Новлянская К. А., 1958; Наталевич Э. С., 1959; Азеркович Н. Н., 1962, 1963; Коркина М. В., 1963; Коркина М. В., Марилов В. В., Цивилько М. А., 1979; Harbauer H., 1957; Stutte H., 1959; Meyer J., 1961; Staubli-Frolich M., 1963; Frazier S., 1965; Kay D., Schapira K, 1965].

Описание весьма сходно: они обычно длительно сохраняют активность и интерес к жизни, долгое время продолжают выполнять профессиональные обязанности и привлекают внимание окружающих лишь отказами от еды (иногда не сразу замечаемыми) и все нарастающим похуданием.

Очень часто такие больные в первую очередь направляются к интернистам и лишь затем, при отрицательных результатах самых тщательных соматических обследований, попадают к психиатрам.

Однако довольно однотипное описание клинических случаев резко контрастирует с самыми разнообразными трактовками этиологии, патогенеза и нозологической сущности нервной анорексии.

Нет, пожалуй, ни одной концепции в психиатрии, которая в той или иной степени не привлекалась бы для объяснения причин и патогенетических механизмов нервной анорексии: конституционализм, микросоциология, психобиологическое направление, фрейдизм во всех его вариантах и т. д.

В последнее время в западноевропейской и американской психиатрической литературе отмечается все более значительная тенденция к объяснению нервной анорексии с позиций психосоматического направления.

Воззрения на нозологическую сущность нервной анорексии также разнообразны. Здесь можно отметить две довольно четкие тенденции: наличие различных

нозологических трактовок на протяжении всего периода изучения нервной анорексии и в то же время преобладание каких-то господствующих точек зрения, свойственных тому или иному этапу в развитии медицины вообще и психиатрии в частности.

Не пытаюсь давать сколько-нибудь общий литературный обзор (что совершенно не входит в нашу задачу), мы хотели бы привести лишь некоторые данные, характеризующие основные точки зрения на нозологическую природу нервной анорексии. Здесь с определенной долей схематизма можно выделить три довольно характерных этапа.

Первый этап охватывает конец прошлого века и начало нашего столетия. Этот период характеризуется, как известно, все возрастающим интересом психиатров к вопросам пограничной психиатрии и раннего слабоумия — шизофрении, что определенным образом отразилось и на учении о нервной анорексии, которая расценивалась либо как патология невротической природы [Кисель А. А., 1894; Белицкий Ю., 1906; Lasegue Ch., 1873; Janet P., 1910; Dejerin I., Gocler E., 1912, и др.], либо как начальные проявления шизофрении [Dubois R., 1913; Seglas J., 1913, и др.].

Со времени описания в 1914 г. гипофизарной кахексии (болезнь Симмондса) начинается второй, «эндокринологический» этап в нозологической трактовке нервной анорексии. Внешнее клиническое сходство дало повод очень многим авторам относить нервную анорексию к эндокринным нарушениям. Нервную анорексию эти авторы трактуют как «абортивную» или «рудиментарную форму болезни Симмондса», «болезнь Симмондса в миниатюре», «гипофизарное худосочие», «функционально замаскированную болезнь Симмондса» и т. д. Однако тщательные клинические и лабораторные исследования позволили в дальнейшем многим авторам отказаться от идентификации нервной анорексии и болезни Симмондса.

С этого периода (примерно с 30—50-х годов нашего столетия) начинается третий этап в изучении нервной анорексии: большинством авторов она вновь относится к области психиатрии, а имеющиеся у таких больных эндокринные и обменные нарушения трактуются в качестве вторичных симптомов, в той или иной степени обусловленных длительным голоданием [Новлянская К. А., 1958, 1960; Азеркович Н. Н., 1963; Коркина М. В., 1958, 1982; Farguharson R., Hyland M., 1938; Bleuler M.,

1954; Stutte H., 1960; Heidrich R., Schmidt-Matthias, 1961; Oberdisse R., Solbach H., Zimmerman H., 1965].

Однако, несмотря на признание различной нозологической принадлежности болезни Симмондса и нервной анорексии, многие авторы подчеркивают важность тщательного дифференциального диагноза между этими заболеваниями ввиду значительного клинического сходства их на определенном этапе течения [Камерон А., 1948; Шерешевский А. А., 1957; Loo P., 1955; Abely P., 1955; Mayer-Gross W., Slater E., Roth M., 1960, и др.].

Кроме того, указывается на настоятельную необходимость отграничения психической анорексии и от так называемого синдрома Шихана [Sheehan, 1937, 1939] — некроза передней доли гипофиза, встречающегося исключительно у женщин, чаще всего как послеродовое осложнение [Abely P., 1955; Loo P., 1965, и др.].

Принципиальное разграничение нервной анорексии и заболеваний, возникающих вследствие первичных поражений гипофиза, не сделало, разумеется, ясной нозологическую сущность страдания. Напротив, этот вопрос еще более осложнился, что в значительной степени связано с интенсивным развитием клинической психиатрии, а также с получением новых данных о функции ряда мозговых структур и особенно гипоталамуса.

Все многообразие нозологических трактовок нервной анорексии, несколько схематизируя, можно свести к следующим основным точкам зрения: 1) нервная анорексия — проявление того или иного невроза или психопатии; 2) нервная анорексия — совершенно особый невроз пубертатного возраста; 3) нервная анорексия — начало шизофренического процесса; 4) нервная анорексия — синдром, встречающийся в рамках как различных неврозов, так и шизофрении, и 5) нервная анорексия — самостоятельное заболевание, возникающее главным образом в пубертатном возрасте (с самыми различными определениями этой самостоятельной болезни пубертатного периода).

По данным наших многолетних исследований, нервная анорексия в наиболее типичном «классическом» виде может быть либо самостоятельной формой из области пограничных нервно-психических расстройств, либо проявлением шизофренического процесса. Это не исключает возможности возникновения аноректических

расстройств в рамках различных неврозов и психопатий. Однако при этом, как правило, отказ от еды не выступает в виде оформленного психопатологического образования с характерной динамикой, а является следствием облигатной симптоматики, свойственной тому или иному неврозу или психопатии.

В целом же нужно сказать, что нервная анорексия, представляющая собой типичное заболевание пубертатного возраста, встречается, как уже отмечалось, в последнее время все более часто. Это требует, особенно в связи со сложностью ее клинической картины и трудностями дифференциально-диагностического характера, особого, специального описания этой патологии.

В настоящей монографии мы касаемся нервной анорексии только лишь ввиду самой тесной связи ее возникновения с синдромом дисморфомании (или иногда дисморфофобии).

Здесь приводятся данные наших собственных исследований (начиная с 1956 г. и особенно интенсивно с 1960 г.) и исследований наших сотрудников: М. А. Цивилько, В. В. Марилова, М. А. Каревой, Э. Э. Карапетяна, А. М. Барина, В. В. Бодаревой.

В качестве примера тесной связи нервной анорексии с дисморфоманией приведем следующее наблюдение.

Больная В. У деда по линии отца были «какие-то припадки», родственники упоминают эпизод длительного, в течение 5 сут, сна. У брата и матери больной отмечались «полуобморочные» состояния с резкой потливостью, побледнением, кратковременной оглушенностью. Мать по характеру стеничная, общительная. Отец вспыльчив, но быстро «отходит», деятельный, последние годы чаще стал прибегать к злоупотреблению алкоголем. Брат 28 лет без характерологических особенностей.

Беременность матери протекала нормально. Больная родилась в срок. До школы росла и развивалась правильно, посещала ясли, детский сад. В школу пошла с 7 лет. До 6-го класса училась средне, хотя была старательной, много занималась. Отличалась аккуратностью, пунктуальностью, стремилась к организованности, систематичности своих занятий. С 6-го по 10-й класс училась только на «отлично», считалась лучшей ученицей в классе. Одновременно занималась в

музыкальной школе. После отличного окончания десятилетки сразу же поступила в Институт инженеров гражданской авиации. С учебой справлялась успешно.

В детстве часто болела простудными заболеваниями, ангинами. Перенесла дизентерию, свинку, тонзилэктомию в 8-летнем возрасте, в 6-летнем возрасте — ушиб головы без потери сознания. Менструации с 13 лет, прошли всего один раз. Половой жизнью не жила.

В 1-м классе имела рост 123 см, массу тела 29 кг. Конституционально, по словам матери, у нее и у дочери общими особенностями телосложения являлись «несколько полные» ноги и бедра. В 13-летнем возрасте (при массе тела 45—47 кг) появились мысли о том, что у нее чрезмерно полные ноги и бедра, была этим очень удручена, не поддавалась никаким разубеждениям. Особенно «застряла на мыслях», когда не была принята в хореографическое училище. Непоступление в училище связывала только с «уродливо жирными ногами», хотя объективно никаких способностей в плане хореографии не имела. С этого времени стала ограничивать себя в употреблении мучных и крупяных продуктов, не обедала в школе, заявляя, что там невкусно готовят. Стала много времени проводить на ногах, больше сил отдавать учебе и общественной работе. В этот период впервые было отмечено, что масса тела у больной не прибавляется. В связи с учащением головных болей в 6-м классе лечилась амбулаторно у детского психоневролога с диагнозом: невращения.

По окончании 7-го класса находилась в трудовом лагере, где похудела за месяц на 2 кг. В начале следующего учебного года была обследована офтальмологом в связи с прогрессирующей близорукостью, после настоятельной рекомендации врача увеличила калорийность питания; масса тела увеличилась до 47 кг. Однако мысли о «жирных ногах» «не давали покоя», «только об этом и думала» и вскоре вновь стала резко ограничивать себя в еде, стараясь в то же время делать это тайно от родителей. Вновь значительно похудела, но от взвешиваний категорически отказывалась.

В марте 1978 г. в течение 2 нед лечилась в терапевтическом стационаре, где был поставлен диагноз: нервная анорексия. После этого лечилась у детского психоневролога. Масса тела продолжала снижаться, а двигательная активность нарастала. Летом 1978 г. при массе 36—38 кг могла проходить до 15 км в горах, не показывая признаков усталости. Привычкой стало стоя

читать, смотреть телевизор, есть. Пищу принимала в минимальных количествах, в основном — овощи, фрукты. В октябре 1978 г. с предположительным диагнозом «болезнь Симмондса» была направлена в НИИ эндокринологии, а оттуда в Детскую психиатрическую больницу, куда поступила с массой тела 33 кг. После 3-месячного лечения была выписана с массой тела 42 кг. После выписки под строгим надзором со стороны родителей за питанием больной около 3 мес удавалось удерживать прежнюю массу тела. Каждое кормление сопровождалось «истериками»: больная кричала, плакала, уступок удавалось добиться с большим трудом.

С осени 1979 г.— под нашим наблюдением. При росте 159 см масса тела 34,5 кг, в результате проведенного стационарного курса лечения она увеличилась до 40 кг. Появились скудные менструации. После поступления в институт вновь стала очень мало есть. Проживая с подругой, во время еды обычно усиленно угощала ее, проявляла инициативу в выборе различных продуктов. Однако сама ничего не ела, «закармливала подругу». Стала коллекционировать различные необыкновенные предметы столовой утвари. Часто страдала от чувства голода, которое возникало ритмично, через каждые 4 ч; испытывая его, ни о чем не могла думать, кроме еды. Ела мало, быстро, страдала запорами. Периодически 1—2 раза в месяц ела больше обычного, после чего бывали рвота, поносы. Часто видела цветные сюжетные сны, связанные с едой. Вновь возникла аменорея.

В сентябре 1981 г. была повторно стационарирована с массой тела 37 кг, в процессе лечения масса увеличилась на 6 кг. После выписки успешно продолжала лечиться, но снова начала терять массу тела и 15 марта того же года была стационарирована.

Соматическое состояние: при поступлении масса тела 37,5 кг, рост 159 см. Истощена, подкожная жировая клетчатка отсутствует. Кожные покровы истончены, бледные. Молочные железы редуцированы. Аменорея. Самостоятельного стула нет. Энтероптоз. Анацидный гастрит. Миокардиодистрофия. Артериальная гипотония. Брадикардия. Лануго. При анализе крови — гипогликемия и анемия.

Неврологическое состояние: без знаков очаговой симптоматики.

Психическое состояние: при поступлении в ясном сознании, в контакте несколько скована. Ориентирована

правильно. Продуктивной психопатологической симптоматики выявить не удастся. Признает, что похудела чрезмерно, что нуждается в лечении, обеспокоена тем, что вынуждена прервать учебу в институте. Общий фон настроения несколько снижен. Эмоционально лабильна, улыбка быстро сменяется слезами. Первое время пребывания в отделении предъявляла жалобы на боли в области живота при переедании, на запоры, была несколько вялой, адинамичной. Случаев рвоты не отмечалось.

В процессе лечения удалось наладить дробное питание, нормализовался стул. Масса тела увеличилась до 39 кг. Появились нерегулярные менструации. Стала более спокойной. В отделении активна, общительна, много читает, принимает участие в трудовых процессах. После выписки продолжает учиться, но так называемое пищевое поведение остается прежним, что делало необходимым повторные стационарирования. Все более отчетливыми становятся психопатоподобные особенности поведения.

Особенности синдрома нервной анорексии при пограничных формах нервно-психических расстройств

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Ряд довольно типичных закономерностей был выявлен при изучении преморбидных особенностей личности больных. В одних случаях преобладали истерические черты характера с эгоцентризмом, повышенной самооценкой, явно завышенным уровнем притязаний. Для другой группы более характерны были психастенические черты в виде тревожности, неуверенности в себе, стеснительности, застенчивости, склонности к сомнениям. У этих больных нередко имела место фиксация на своих болезненных ощущениях, иногда наблюдались навязчивости. Общими для всех больных были такие особенности, как чрезмерная пунктуальность, аккуратность, прилежность, упрямство, стремление к самоутверждению и в то же время довольно нередкая неспособность к решительным поступкам, к принятию ответственных самостоятельных решений. Довольно типичной чертой для всех изучаемых больных была также очень большая привязанность к матери.

Подавляющее большинство из этих подростков увлекались музыкой, спортом, активно участвовали в общественной жизни, очень хорошо учились, что даже дало повод называть нервную анорексию «болезнью отличника» [Личко А. Е., 1979]. Большинство больных в детстве отличались несколько

повышенным питанием, что нередко являлось поводом для насмешек со стороны сверстников.

Однако до подросткового возраста эти критические замечания окружающих особенного беспокойства не вызывали и лишь с пубертатного периода (когда значительно повышается интерес к собственной внешности и к мнению о ней окружающих) становились психотравмирующим фактором. Больные начинали много думать о том, как они выглядят, находили себя чрезмерно полными, в связи с чем у них возникали мысли о своей неполноценности, снижалось настроение, иногда появлялись рудиментарные идеи отношения.

Таким образом формировалось ситуационно-обусловленное убеждение в собственной «уродующей полноте». Особенности этого синдрома у больных изучаемой группы являлись сверхценный характер дисморфоманических переживаний, умеренная выраженность аффективных расстройств и рудиментарность идей отношения. На фоне этих нарушений возникали мысли о необходимости исправления имеющегося «недостатка внешности в виде чрезмерной полноты». Однако активного стремления к похудению пока не отмечается. Этот этап болезни, длившийся у наших больных в среднем 2—3 года, условно можно обозначить как первый, инициальный.

Вместе с тем попытки ограничивать себя в еде, носящие эпизодический характер вначале, можно расценивать как начальные проявления уже собственно синдрома нервной анорексии. Стойкое же и упорное ограничение в еде развивается позднее, чаще всего в связи с какими-либо неприятностями (непоступление в желаемую секцию фигурного катания, хореографическое училище и т. д.) или с прямым замечанием в адрес подростка о необходимости похудеть. Такие замечания (нередко в весьма некорректной форме) могли быть со стороны преподавателей физкультуры, тренеров, иногда родителей или чаще всего сверстников и воспринимались больными особенно эмоционально. В некоторых наблюдениях стремление к похудению было связано также и со стремлением походить на «идеал».

В ряде наблюдений таким идеалом была постоянно ограничивающая себя в еде мать, в других — литературные героини, актрисы кино и т. д. На характеристике этих больных нервной анорексией мы останавливаться не будем, так как здесь собственно дисморфоманических переживаний нет. Эта тема требует особого рассмотрения.

С момента активного ограничения в еде синдром нервной

анорексии получает определенное клиническое звучание.

Второй этап — период активной коррекции «излишней полноты», который можно назвать аноректическим. Стремясь похудеть, подростки начинают отказываться от еды. К этому вскоре присоединяются (а иногда предшествуют) интенсивно выполняемые различные физические упражнения. Избираемые больными для похудения методы зависят от того, полнота каких частей тела особенно их беспокоит.

Известно, что наибольшее внимание в пубертатном возрасте подростки обращают на лицо, живот, бедра и талию. В случаях недовольства внешним видом этих частей тела на первом плане в так называемом аноректическом поведении стоят усиленные занятия физическими упражнениями при одновременном значительном сокращении пищевого рациона. Если же дисморфомания касается лица, то подростки, не прибегая к физическим упражнениям, резко ограничивают себя в еде. Однако следует отметить, что очень часто дисморфомания одновременно относится к нескольким частям тела, и больные говорят об общем ожирении. Поэтому методы похудения могут быть весьма разнообразны. Они зависят также и от преморбидных особенностей личности. Подростки с истерическими чертами характера чаще используют не столь тягостно переносимые методы похудения (искусственная рвота, слабительные, клизмы), в то время как больные психастенического склада считают такие методы «неэстетическими» и прибегают главным образом к физическим упражнениям, иногда очень своеобразным (например, проводят большую часть времени на ногах, что, по их мнению, ведет к похудению за счет большего расхода энергии).

Ограничение в еде достигается упорной борьбой больных с чувством голода. При этом они «сдерживаются» с большим трудом и находятся в постоянном психическом напряжении. Последнее усугубляется конфликтными отношениями с близкими.

Все меры, направленные на похудение, довольно быстро организуются в «жесткую систему», от которой больные не отступают ни на шаг («иначе все может рухнуть»). Подобное упорство в достижении цели, возможно, связано с такими отмеченными выше преморбидными особенностями личности больных, как пунктуальность, аккуратность и т. п.

Если на инициальном этапе депрессивные переживания были более или менее выраженными, то в этот период

заболевания депрессивные явления подвергаются редукции, а идеи отношения полностью отсутствуют.

Интересно отметить, что, отказываясь от еды, больные вместе с тем проявляли большой интерес к приготовлению пищи, «закармливали» родных, особенно младших братьев и сестер. Кроме того, именно на этом этапе возникали прежде не свойственные больным раздражительность и вспыльчивость, постепенно приобретающие черты настоящей эксплозивности.

Этот период характеризуется также нарастанием соматоэндокринных нарушений. Они занимают доминирующее место в клинической картине третьего этапа, названного нами кахектическим. Он наступает чаще всего через 1/2— 2 года после начала болезни. У больных почти полностью исчезает слой подкожной жировой клетчатки, истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушащейся, цианотичной. Имеет место также повышенная ломкость ногтей и кариес зубов. У многих больных отмечается феномен лануго (появление пушковых волос по всему телу), связанный, по-видимому, с вторичными гормональными сдвигами. Нарушается осанка, пластика движений, больные горбятся («сидят крючком»). Характерны также заеда в уголках рта и трофические язвы.

При соматическом обследовании больных выявляются патологические изменения внутренних органов: дистрофия миокарда с соответствующими изменениями на ЭКГ, брадикардией и гипотонией, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта в виде стойких запоров, анацидного гастрита, гастроптоза, энтероколитов. Отмечаются также низкие цифры содержания сахара в крови, изменение сахарной кривой, следы белка в моче, признаки анемии в картине крови. Как правило, наблюдается длительная аменорея. (Эти патологические явления нередко служат поводом для первоначально ошибочной диагностики, чему в немалой степени способствует склонность больных к диссимуляции не только мотивов своего поведения, но и самого факта наличия пищевого ограничения. Именно этим можно объяснить то положение, что почти все наши больные до обращения к психиатру лечились у терапевтов и эндокринологов, причем многим из них первоначально был поставлен диагноз болезни Симмондса.)

Что касается психического состояния в этот период, то здесь в качестве ведущей патологии выступала астения с явлениями раздражительной слабости. В то же время можно было отметить периодически возникающую легкую

эйфорию. По мере нарастания кахексии астения приобретала адинамический характер, и эйфория сменялась вялостью, угнетенностью, безразличием. В этот же период на фоне выраженной астенизации у больных отмечались деперсонализационно-дереализационные расстройства, сходные с психосенсорными нарушениями при легких органических поражениях мозга.

На этом этапе болезни отказ от еды был следствием уже не только основной идеи больных, но и страха перед появлением неприятных ощущений, которые бывают у них при приеме пищи (чувство тяжести в желудке, отрыжка, изжога). На данной стадии больные обычно стационарируются в психиатрические учреждения по жизненным показаниям. Активное вмешательство в сложную, особым образом продуманную больными «систему ограничения» вызывает у них выраженную реакцию протеста, чаще всего в виде бурных истерических проявлений.

В процессе лечения соматическое и психическое состояние многих больных значительно улучшалось и проявления синдрома нервной анорексии редуцировались. Начинался четвертый этап течения заболевания, который с определенной долей условности можно назвать этапом редукции нервной анорексии. По мере нарастания массы тела и нормализации соматического статуса у ряда больных вновь несколько обострялись дисморфоманические переживания, в связи с чем по достижении определенной массы тела (являющейся объективно недостаточной) они вновь начинали ограничивать себя в пище.

Однако в этот период (длящийся обычно 1—2 года) лишь немногие больные ограничивали себя в еде с прежним упорством. У большинства же из них сразу устанавливается тот статус, который в дальнейшем прослеживается на протяжении многих лет. Прежде всего это касается отношения к пище. Больные, не желая полнеть, постоянно соблюдали определенный пищевой режим (придумывали собственную диету, избирательно употребляли те или иные блюда и продукты). В некоторых случаях они не увеличивали количества принимаемой пищи даже во время беременности, ссылаясь на «рекомендации врачей». Однако «любимые виды пищи» они иногда поглощали в больших количествах, что в определенной степени спасало их от резкого похудения. В беседах с врачом они предпочитали не касаться темы питания, о заболевании говорили только в прошедшем времени, нередко критически оценивали его. Необходимость соблюдения пищевого режима объясняли тем, что у них «повышена склонность к полноте». Почти у всех оставалось чрезмерное внимание к собственной

внешности и стремление к сохранению «изящной фигуры» (у подавляющего большинства больных на протяжении длительного времени отмечался некоторый дефицит массы тела, но отсутствовали явные соматические и эндокринные расстройства). Некоторые больные высказывали ипохондрические жалобы, касающиеся желудочно-кишечного тракта (неприятные ощущения после еды, отрыжка, распирание желудка). Нередко подобные жалобы были следствием таких заболеваний, как хронический гастрит или колит.

Что касается собственно психической сферы, то у многих больных вновь выявлялись по мере уменьшения соматогенной астении черты эксплозивности (раздражительность, нетерпимость, грубость по отношению к окружающим).

Особого внимания заслуживает развивающаяся к этому времени аффективная лабильность со склонностью к пониженному настроению. Малейшая неудача, неприятный разговор, а тем более ссора вызывали у больных стойкие нарушения настроения. Черты эксплозивности особенно сильно проявлялись в домашней обстановке: больные были раздражительны, капризны, нетерпимы к возражениям. На работе же больные не обнаруживали заметных расстройств настроения. Этим больным было свойственно сильно развитое чувство долга, они добросовестно выполняли свои обязанности, проявляя исключительное усердие и пунктуальность.

Все больные были хорошо адаптированы в жизни, активны, работоспособны, прилежно учились и оканчивали вузы, несколько человек защитили кандидатские диссертации, многие систематически повышали свой профессиональный уровень.

Проведенное в период катамнеза неврологическое и электроэнцефалографическое обследование позволило отметить у большинства больных признаки диэнцефальной локализации патологических изменений. При экспериментально-психологическом обследовании (изучались личностная сфера, отдельные психические функции — память, внимание, мышление, интеллект, а также особенности поведения) прежде всего обнаруживался высокий уровень притязаний этих больных, стремление браться за выполнение самых трудных заданий без достаточной критической оценки своих возможностей. Характерным было также то, что неуспех не снижал этого высокого уровня притязаний. Поведение больных в группе отличалось явно выраженными лидерскими устремлениями.

Исследование волевой сферы выявило умение всегда добиваться желаемого результата. Уровень интеллекта у большинства больных был средним, механическая и опосредованная память — в пределах нормы.

Определенного внимания заслуживает тот факт, что у 5 больных с полной редукцией синдрома на отдаленном этапе на фоне тяжелой психотравмирующей ситуации и соматического неблагополучия синдром нервной анорексии вновь появлялся и достигал значительной выраженности.

Обобщая данные катамнестического обследования, следует отметить однотипность психических нарушений на отдаленном этапе заболевания. Независимо от преморбидных особенностей личности больных ведущими в клинической картине остановились выраженные в той или иной степени эксплозивность и истеричность (это относится как к поведению в целом, так и к отдельным реакциям). Весьма типичными оказывались и черты паранойяльности (прежде всего сверхценное отношение к своей внешности и приему пищи). Вместе с тем хорошая социальная адаптация больных и отсутствие сколько-нибудь выраженных проявлений шизофренического дефекта дают основание считать, что речь в этих случаях идет не о шизофрении, а о заболевании из группы пограничных нервно-психических расстройств.

Динамическое изучение больных с типичной клиникой нервной анорексии дает возможность проследить роль социальных и биологических факторов в ее развитии. С одной стороны, несомненно имеют значение врожденная или рано приобретенная церебральная недостаточность (с преимущественной вовлеченностью диэнцефальной области), определенная патология со стороны желудочно-кишечного тракта, наследственная отягощенность и особенности преморбидной личности, с другой — микросредовые влияния (внутрисемейные и внесемейные отношения и т. д.).

Проведенное нами исследование выявило также особую роль возрастного фактора в возникновении нервной анорексии. Она развивалась преимущественно в пубертатном возрасте, когда наряду с массивными соматоэндокринными изменениями происходит существенная психологическая перестройка и, в частности, появляется повышенный интерес к своей внешности.

К особенностям динамики синдрома нервной анорексии, наблюдающегося в клинике пограничных состояний, следует отнести его тесную связь со сверхценными

дисморфофобическими переживаниями, относительную стойкость, клиническую завершенность (вплоть до развития кахексии), но с возможностью последующей редукции. При редукции синдрома остаются сверхценное отношение к еде и внешности, а также страх полноты. Таким образом, остаточные проявления синдрома нервной анорексии находятся в тесной связи с основными сверхценными переживаниями. Претерпевая определенную динамику, они сохраняются по существу на всем протяжении болезни.

Особые трудности возникают в связи с определением места нервной анорексии в группе пограничных заболеваний. Здесь существуют самые разные точки зрения, что свидетельствует о чрезвычайной сложности данной патологии. Из многочисленных терминологических определений на эту тему приведем лишь некоторые: нервная анорексия — «ювенильный эндокриноневроз» [Delay J., 1949]; «психопатическая дисгармония личности с вторичными невротическими реакциями» [Bleuler M., 1954]; «совершенно особое, нозологически самостоятельное заболевание» [Abely P., 1955]; «затяжные реактивные состояния на фоне тяжело протекающего пубертатного периода» [Новлянская К. А., 1958; Сухарева Г. Б., 1959]; «интерперсональная или интрапсихическая паранойя» [Selvini P., 1965, 1977]; «одна из форм патологических реакций пубертатного возраста» [Азеркович Н. Н., 1962, 1963]; «отдельная нозологическая единица» [Tolstrup K., 1965]; «эндореактивная пубертатная анорексия» [Личко А. Е., 1979] и т. д.

Тенденция более общего плана — относить нервную анорексию к группе неврозов, хотя и с признанием известной условности этого положения [Ковалев В. В., 1979], равно как и характеристика синдрома нервной анорексии как одной из разновидностей соматических расстройств и других нарушений психогенной этиологии при неврозах [Карвасарский Б. Д., 1980].

Особенности динамики нервной анорексии в рамках пограничной психиатрии, выражающиеся, в частности, в появлении ранее не свойственных больному характерологических расстройств, патологических черт характера (появление эксплозивности, истерического поведения и т. д.), дают основание предполагать наличие так называемого развития в понимании П. Б. Ганнушкина, Е. К. Краснушкина, О. В. Кербикова.

Таким образом, невозможность отнесения нервной анорексии к известным формам психопатии и неврозов заставляет думать о вероятности существования нервной

анорексии в качестве самостоятельной формы «пограничных» психических заболеваний, в возникновении и дальнейшем развитии которой несомненную роль играет ряд факторов: особенности почвы (в широком понимании слова)", влияние возраста, среды, психогенных воздействий, вторично возникающих соматоэндокринных нарушений, в свою очередь оказывающих выраженное патогенное воздействие.

Впрочем, такая точка зрения не исключает того, что синдром нервной анорексии может встречаться (наряду с другой типично невротической или психопатической симптоматикой) при многих так называемых классических формах нервно-психических заболеваний [Коркина М. В., 1967; Loo P., Dufлот J. — P., 1958].

Для иллюстрации нервной анорексии как самостоятельного заболевания приведем соответствующее наблюдение.

Больная Х. Родители по характеру вспыльчивые, раздражительные, упрямые, часто вступают в конфликты между собой. Больная — второй ребенок, родилась недоношенной с массой тела 2100 г.

Раннее развитие протекало с некоторой задержкой: научилась говорить к 2-м годам, ходить — к началу 2-го года. В грудном возрасте болела диспепсией в тяжелой форме. С 2 лет отмечались поносы. В дошкольном периоде перенесла коклюш, корь, ветрянку, инфекционный паротит. В это время несколько худела, теряла аппетит. В дальнейшем отличалась достаточной упитанностью, имела хороший аппетит. Любила кондитерские изделия, булки, часто отказывалась от первых блюд. В семилетнем возрасте, находясь в деревне, ела мало, ссылаясь на брезгливость, отвращение к еде.

По характеру была общительная. Легко входила в контакт с детьми, выявляла игровые интересы, стремилась находиться в коллективе. Наряду с этим была застенчивой, впечатлительной, обидчивой, ранимой, ссорилась с детьми, переживала размолвку и обычно шла на «перемирие» первая. Дома воспитывалась бабушкой, была привязана к ней. Очень любила порядок, старалась держать игрушки на своих местах.

В школе с 7 лет, всегда занималась с усердием, на уроки шла тщательно подготовленная. Чрезмерно расстраивалась, плакала, когда получала невысокую отметку. В школе была общительной, любила пользоваться авторитетом, требовала к себе достаточного внимания, вела общественную работу. В

6-м классе дружила с девочкой, которая, будучи единственным ребенком в семье, воспитывалась в обстановке обожания, что вызывало зависть у нашей больной. К тому же подруга имела «стройную» фигуру и не раз ставилась матерью в пример больной. С этого времени девочка стала фиксировать внимание на своей внешности, чаще смотрелась в зеркало, однако для похудения ничего не предпринимала.

В 7-м классе быстро выросла (14 лет), несколько поправилась (47 кг при росте 153 см). В этот период слышала нелестное замечание подруги в адрес своей внешности. В связи с этим очень переживала, хотелось быть похожей на нее или сестру, которая, соблюдая диету, добилась похудения. Иногда представляла себя в роли «изящной» актрисы, пользующейся большим успехом у публики. Присматриваясь к своей внешности, все больше убеждалась в том, что у нее «полноваты» лицо и талия. С весны 1966 г. (15 лет) начала постепенно ограничивать себя в еде. Кроме того, много двигалась, крутила «хула-хуп». Летом, находясь на юге, перестала есть мясо, масло, хлеб, значительно хуже ела вторые блюда. Употребляла в основном фрукты в небольших количествах. Приехала домой заметно похудевшая. Продолжала упорно соблюдать диету, ела только конфеты и пирожное. С этого времени стала меняться по характеру: появилась вспыльчивость, раздражительность, могла накричать на родителей, когда те заставляли ее есть. В январе 1967 г. заболела гриппом, затем отмечался выраженный фурункулез. В связи с прогрессивным падением массы тела была обследована на глистную инвазию, после чего лечилась амбулаторно по поводу аскаридоза.

В феврале 1967 г. стационарирована в общесоматическую больницу. При поступлении отмечалось тяжелое состояние: резко пониженное питание (33,6 кг), вялость, бездеятельность. После лечения (рациональное питание с дополнительным введением белка, плазмы в/в, ферменты, неробол и т. д.) улучшилось общее состояние. Стала активнее, живее. Масса тела увеличилась на 2 кг. Была выписана в удовлетворительном состоянии с диагнозом: диэнцефально-гипофизарная недостаточность (апрель 1967 г.). Позже выяснилось, что больная диссимулировала переживания, в больнице стремилась есть мало, избирательно, прятала пищу в карман, а затем ее выбрасывала. После выписки боялась поправиться. Ела только вечером, в основном употребляла сладкое. Принимала в большом количестве слабительное, много двигалась, отказывалась надевать теплое белье, чтобы не казаться полной. Жаловалась на зябкость, тяжесть в

желудке после еды, запоры. На уговоры родителей поест отвечала злобными вспышками; при предупреждениях о том, что ее снова стационарируют, «боялась» и начинала есть лучше. Закончила 8-й класс хорошо, но от экзаменов была освобождена по состоянию здоровья. К лету снова похудела до 32 кг, «спохватилась», начала принимать неробол, улучшила питание. В результате масса тела увеличилась на 3 кг. Летом ездила на теплоходе по Волге, ела очень мало и вновь значительно похудела. По приезду в Москву не согласилась лечь в больницу, продолжала самостоятельно лечиться нероболом, была замкнута, плаксива, отказывалась ходить на вечера, в театр. В 9-м и 10-м классах (1968, 1969) состояние было такое же. По-прежнему боялась поправиться, в связи с чем упорно придерживалась определенной пищевой режима. После 10-ю класса в институт не поступала, так как жаловалась на утомляемость, слабость, головные боли. В 1969 г. появились боли в желудке, связанные с приемом пищи. Стали выпадать волосы, усилились головные боли. Менструации отсутствовали.

2] сентября 1969 г. была стационарирована в психиатрическую больницу.

Соматическое состояние: крайне истощена (масса тела 34,5 кг при росте 163 см). Подкожный жировой слой отсутствует. Кожа истонченная с трещинами в местах естественных сгибов. Акроцианоз, повышенная ломкость ногтей. Лануго. Артериальная гипотония (60/40— 80/60 мм рт. ст.). Явления миокардиодистрофии. Пульс 55—60 в 1 мин. Энтероптоз. Язык обложен, живот запавший. Стойкие запоры. Анацидный гастрит. Гемоглобин — 90 г/л. Содержание сахара в крови 45 мг%.

Неврологическое состояние: явления вегетодистонии, повышение сухожильных рефлексов. Знаков органического поражения не отмечается.

Психическое состояние: охотно беседует с врачом. Со слезами на глазах просит «не раскармливать» ее, обещает есть нормально. Тяготится больничной обстановкой, требует выписать домой. Ест с принуждением. Отказ от еды объясняет желанием быть «изящной» («манекенщицы же худенькие!»). В отделении первое время замкнута, необщительна, почти все время проводит в постели. В процессе лечения постепенно стала есть лучше, принимала передачи от родных, которые ела избирательно. Стремилась иметь массу тела не выше 40 кг. Стала общительнее, живее, помогала персоналу, много читала. Настроение было ровным. К концу пребывания в больнице почти не

ограничивала себя в еде, масса тела увеличилась на 10 кг. Была выписана 04.12.69 г. с диагнозом: нервная анорексия. После выписки постоянно следила за внешностью, старалась ограничивать рацион для того, чтобы довести свою массу тела до 40 кг. Как и прежде, не ела мучные продукты, жиры и т. д. Включала в пищу овощи, рыбу горячего копчения. По утрам обязательно делала зарядку с определенным количеством движений, днем крутила круг «по регламенту». Сначала приходила к врачу неохотно, позже стала «задумываться о своем будущем», беспокоило отсутствие менструации, считала свое поведение неправильным. Регулярно принимала лекарства, начала лучше есть, стала постепенно переходить на трехразовое питание, несколько прибавила в массе тела. В 1970 г. появились менструации. Была очень рада этому. В 1971 г. поступила в техникум на экономический факультет, который успешно окончила в 1973 г. Работает по специальности, с работой справляется. В 1971 г. начала встречаться с молодым человеком, но через год порвала с ним отношения, так как считала, что он неверен ей и мало уделяет ей внимания. Разрыв с ним тяжело переживала. В это время пропал аппетит, похудела, жаловалась на слабость, беспокоилась о своем здоровье. В 1972—1973 гг. значительно увеличила свой рацион, но исключала первые блюда, колбасу, мясо. По утрам продолжала делать зарядку. Не любила взвешиваться. По-прежнему небезразлично относилась к мнению окружающих об ее внешности. На свадьбе у сестры знакомые нашли, что больная поправилась, и это «тут же испортило ей настроение». По характеру оставалась раздражительной, вспыльчивой, иногда грубила родителям. В 1974 г. вышла замуж, отношения с мужем сложились удачно, очень любит его, тепло к нему относится, но недоброжелательна к его матери, которая, по ее мнению, больше уделяет внимания своему сыну, ограничивает ее свободу, не дает возможности стать «полновластной хозяйкой» в доме.

Настроение чаще неустойчивое. По утрам чувствует разбитость, «несвежесть». К вечеру появляется утомляемость, раздражительность. Иногда при волнениях испытывает ощущение «кома» в горле, покалывание в сердце. Отмечает боли в желудке, запоры. Тщательно следит за своей внешностью, туалетом. Если бывает приглашена в гости, то одевается в зависимости от вкуса знакомых (спортивная одежда и т. д.). Хочет иметь ребенка, но боится, «что беременность испортит фигуру», в связи с чем «начнутся сплетни на работе». Любит обращать внимание на себя незнакомых людей, часто это делает при муже, чем вызывает его недовольство. Следит за рационом. Ест 3 раза в день, но все же ограничено. Масло и хлеб (только

черный) употребляет мало, исключает сладкое и овощи, так как они ей «надоели».

Первые 5 лет после выписки регулярно приходила к врачу, охотно наблюдалась и принимала лекарства. Легко вступала в контакт и в то же время становилась сдержанной при разговоре о болезни. Стремление к похудению (в прошлом) объясняла неохотно, каждый раз по-разному: «выработалась уже система, как у йогов», «что-то сдерживало», «хотелось быть похожей на Наташу Ростову» и т. д. Не скрывала, что и в настоящее время отводит внешности значительное место. Любит нарядно одеваться, слышать комплименты в свет адрес. Утверждает, что ест нормально. При этом считает, что ей «незачем разжедаться» и следует питаться «как за границей», получая с пищей только необходимое для организма число калорий.

Несколько инфантильна. Будучи очень привязанной к родителям, в то же время часто бывает с ними раздражительной. Эмоционально сохранна, не обнаруживает никаких дефицитарных явлений.

В конце 1974 г. родила здорового доношенного ребенка. Во время беременности и в период кормления старалась есть «как надо», «чтоб на ребенке не отразилось». После завершения лактации несколько ограничивает себя в еде, главным образом за счет мучных и сладких блюд. Очень привязана к ребенку, с гордостью показывала его фотографии врачу и подарила «на память». С работой справляется, но легко раздражается, особенно при общении со свекровью, во время ссор «устраивает истерики». В то же время с достаточной критикой относится к своему поведению, опасается, что свекровь «из-за этих ссор» может развести ее с мужем, отношения с которым в последнее время также ухудшились.

В приведенном наблюдении заболевание развивается у личности с отдельными чертами истеричности и тормозимости, а также такими особенностями (свойственными многим больным нервной анорексией), как педантизм, умеренная аккуратность, старательность, явления некоторого психического инфантилизма.

У подобной личности (при наличии отрицательных микросредовых факторов) в пубертатном возрасте возникает синдром сверхценной дисморфомании при отсутствии идей отношения и гипотимии.

Важно подчеркнуть, что стремление к похудению было активным и упорным, что приводило к выраженным

соматоэндокринным нарушениям. Иными словами, развился синдром нервной анорексии, характеризующийся полной клинической завершенностью. По мере прибавления массы тела динамика синдрома нервной анорексии была подобна тому, что характерно именно для больных с пограничными психическими заболеваниями: собственно дисморфоманическая идея сменилась страхом возможной полноты, т. е. состоянием, которое можно назвать собственно дисморфоманией, благодаря чему в течение ряда лет сохранялось ограничение в еде.

К синдрому нервной анорексии вскоре присоединились черты возбудимости, аффективная неустойчивость, особенно выявляемые в отношениях с родными и близкими людьми.

Следует обратить внимание на то, что появляющиеся в период похудения замкнутость, необщительность, безразличие к окружающему вначале могли быть отнесены к дефицитарным явлениям. Однако катамнестическое прослеживание свидетельствует о том, что речь шла о проявлениях глубокой астении. С улучшением общего состояния у больной все эти явления купировались.

Отсутствие сколько-нибудь выраженного шизофренического дефекта, хорошая социальная адаптация больной дают основание говорить о пограничном психическом заболевании. Динамика синдрома нервной анорексии также была типичной для этого синдрома в рамках пограничных психических заболеваний.

Диагноз: нервная анорексия.

Особенности синдрома нервной анорексии при шизофрении

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Тот факт, что синдром нервной анорексии возможен как при пограничных состояниях, так и при шизофрении, требует выработки четких дифференциально-диагностических критериев. Это можно сделать только при динамическом подходе к исследованию столь сложной проблемы с позиций так называемой психиатрии течения.

В настоящем разделе приведены результаты многолетнего наблюдения больных шизофренией с синдромом нервной анорексии.

У всех обследованных больных довольно часто имела место наследственная отягощенность в виде

шизофрении, алкоголизма или выраженных аномалий характера. Изучение преморбидных особенностей личности больных позволило обнаружить у большинства из них шизоидные черты характера, которые нередко сочетались с астеническими; кроме того, у части больных отмечались выраженные истерические особенности личности.

Синдром нервной анорексии развивался в большинстве случаев в пубертатном возрасте. Это было или в начале заболевания шизофренией или на последующих этапах ее развития.

В период полового созревания у больных возникали недовольство собственной внешностью со стремлением ее «исправить», идеи отношения, подавленность, т. е. развивался синдром дисморфомании.

Важно отметить, что у некоторых больных убежденность в «безобразной полноте» имела место при дефиците массы тела, т. е. речь шла о бредовой дисморфомании. Особого внимания заслуживает тот факт, что идеи отношения занимали у больных этой группы одно из центральных мест в картине синдрома (в отличие от нервной анорексии, наблюдающейся в картине «пограничных» состояний). Наряду с мыслями о «чрезмерной полноте» в некоторых случаях наблюдались болезненные переживания иной тематики: «красный нос», «кривые ноги», «большие уши», «уродливые веснушки» и т. д. (так называемая полидисморфомания). Синдром дисморфомании часто сочетался с явлениями деперсонализации (с выраженным идеаторным компонентом), невротоподобными расстройствами (навязчивости, сенестопатически-ипохондрические переживания). Обращала также на себя внимание склонность больных к самоанализу, бесплодным рассуждениям о смысле жизни, выработке системы самоусовершенствования, что напоминало «метафизическую интоксикацию». Значительное место занимали и аффективные колебания, причем преобладали состояния вялой депрессии.

В случае возникновения синдрома нервной анорексии на фоне уже текущего шизофренического процесса имели место инициальные проявления шизофрении (политематическая дисморфомания, разнообразные невротоподобные и психопатоподобные расстройства). В дальнейшем постепенно нарастали характерные для

шизофрении изменения личности.

Следует отметить, что независимо от того, на каком этапе шизофренического процесса развивался синдром нервной анорексии, клиническая картина его и дальнейшая динамика были довольно однотипны.

Начальный этап синдрома всегда характеризовался сознательным отказом от еды с целью исправления якобы имеющегося недостатка внешности и, таким образом, по своей структуре мало чем отличался от такового при пограничных состояниях, что вызывало большие дифференциально-диагностические трудности. В связи с этим особенно важным был анализ сочетания этого синдрома с другими психопатологическими расстройствами (прежде всего появление дефицитарной симптоматики, свойственной шизофрении). В этом плане заслуживает внимания определенная диссоциация поведения, выражающаяся, с одной стороны, в попытках исправления «недостатка» собственной внешности, а с другой — в отсутствии желания следить за собой, что в дальнейшем становится особенно очевидным (больные становятся неряшливыми, не занимаются своим туалетом, ходят в грязном белье, не снимают старой одежды, отказываются от новой). В некоторых случаях поведение больных становится явно нелепым. Так, одна из наших больных вынимала из помойной ямы выброшенное туда родителями ее старое белье, чтобы надеть его. У больных, как правило, нарастали вялость, аутизация, снижалась психическая активность.

По мере нарастания негативной симптоматики и эмоционально-волевых расстройств синдром нервной анорексии претерпевал определенные изменения. Прежде всего здесь следует отметить, что сравнительно быстро на смену отказа от еды приходили другие проявления «пищевого поведения», в частности специально вызываемая больными рвота, носящая совершенно особый «шизофренический» характер. Рвоте вначале могли предшествовать приступы булимии, последствия которых больные с помощью рвоты и стремились устранить. Затем рвота приобретала самостоятельный, доминирующий характер. «Рвотные процедуры» обычно растягивались на длительное время, для чего перед вызыванием рвоты больные поглощали большое количество пищи, не обращая внимания на ее качество и на то, съедобна ли она. Так, больная Н. смешивала муку с сахаром, разбавляла в ведре воды, варила и съедала, вызывая рвоту; больная Ж. съедала в

огромных количествах пищу, приготовленную для собаки, и тут же «устраивала себе рвоту». Многие больные регулярно прибегали к промыванию желудка большим количеством воды, иногда с помощью зонда. Нередко больные тщательно сравнивали количество съеденной пищи и рвотных масс для того, чтобы убедиться в полном опорожнении желудка. Например, больная У. говорила, что она испытывала большое удовлетворение от того, что «стала чистенькой», что «каждая складочка желудка промыта». Важно заметить, что у больных полностью отсутствовало чувство брезгливости и отвращения к рвоте. Несмотря на недовольство членов семьи, больные, как правило, не убирали за собой, оставляя рвотные массы в ванне или в туалете. Больная А. хранила их в стеклянных банках в холодильнике, «любясь ими». Некоторые больные вызывали рвоту пищей только определенного качества с тем, чтобы «насладиться видом рвотных масс», совершая эти процедуры даже в присутствии окружающих. При всяком вмешательстве кого-либо со стороны они становились злобными, грубо бранились, дрались.

Иногда желание вызвать рвоту возникало остро. При этом у больных нарастало беспокойство, они начинали внезапно поедать чужие продукты, крали деньги для приобретения пищи. Стремление вызвать рвоту у больных с анорексией постепенно принимало характер патологического влечения, в какой-то мере напоминающего наркоманию. Больные ждали этих рвотных явлений, при невозможности вызвать рвоту у них возникали волнение и беспокойство. Во время вызывания рвоты и после нее многие из них испытывали ощущение удовольствия, характеризуя его как «состояние экстаза», «приятного блаженства», «неповторимого удовлетворения». Следует подчеркнуть, что довольно быстро у больных исчезали неприятные вегетативные явления (покраснение, потливость и т. д.), обычно сопровождающие рвотные реакции. Больные вызывали рвоту надавливанием на живот, определенным движением диафрагмы, называя это «срыгиванием». В некоторых случаях обращало на себя внимание амбивалентное отношение к рвоте: с одной стороны, влечение к ней, с другой — страдание от сознания того, что вся жизнь фактически подчинена необходимости вызывания этого акта.

Таким образом, рвота довольно быстро утрачивает связь с дисморфоманическими переживаниями, приобретая характер самостоятельного психопатологического

синдрома, не поддающегося определенной квалификации.

У части больных можно было отметить другие особенности «пищевого поведения», которые выражались в вычурности приема пищи (слизывание с ножа, непонятная избирательность в еде). Больные исключали из еды определенные продукты, своеобразно чередовали их, употребляли только холодную пищу или туго затягивали живот, «чтобы задержать продвижение пищи в кишечник». После еды они вычурно подпрыгивали, ходили «в струнку», массировали живот. Потеря массы тела при описанном «пищевом поведении» оказывалась довольно значительной. Однако на стадии выраженной кахексии многие больные по-прежнему считали себя полными, обнаруживали у себя «жирные складки». На этом этапе дисморфомания у всех больных носила бредовый характер.

Довольно быстро к описанной симптоматике присоединялись выраженные сенестопатические и ипохондрические переживания нередко бредового характера. Разнообразные неприятные ощущения (изжога, чувство горечи во рту, отрыжка, запоры) больные объясняли неправильным функционированием органов («желудок переполнен желчью», «прилип к позвоночнику, атрофировался», «ферменты болезненные и неправильно переваривают пищу», «матка опустилась из-за рвоты»). Кроме того, больные тщательно следили за деятельностью кишечника, старались добиться того, чтобы у них был ежедневный стул, были фиксированы на этом.

Синдром нервной анорексии тесно сочетался с выраженными психопатоподобными нарушениями преимущественно в виде эксплозивности, однообразных истерических реакций, причем черты возбудимости получали особое звучание в период значительного дефицита массы тела.

В дальнейшем у большинства больных шизофренический процесс имел непрерывное волнообразное течение с умеренной прогрессивностью, а у части больных течение было непрерывно-приступообразным. При этом синдром нервной анорексии, редуцированный до степени значительной выхолощенности «пищевого поведения» (особенности рвоты, приема пищи), оставался стержневым в клинической картине. Интенсивность его

проявлений была неравномерной и во многом зависела от уровня прогрессивности шизофренического процесса, выраженности эмоционально-волевых расстройств.

Данные катamnестического обследования этих больных показали, что на отдаленном этапе полностью оторванное от дисморфоманических переживаний «пищевое поведение», ставшее по существу самостоятельным психопатологическим расстройством, сочеталось с психопатоподобным синдромом, преимущественно с бредовой ипохондрией и аффективными нарушениями в виде стертой эндогенной депрессии.

Следует подчеркнуть, что у больных изучаемой группы нарастающее шизофреническое снижение не достигало степени выраженного апатико-абулического синдрома. В то же время все больные утрачивали трудоспособность, что было обусловлено особенностями «пищевого поведения». Говоря о психическом дефекте у больных с непрерывным течением шизофренического процесса, нельзя не отметить появления в его структуре черт органичности, особенно в сфере мышления, что подтверждалось данными экспериментально-психологического обследования. Особого внимания заслуживает тот факт, что в ряде случаев, несмотря на длительное катamnестическое наблюдение, окончательный диагноз вызывал большие трудности в связи с недостаточной выраженностью шизофренических изменений личности. Это прежде всего касалось больных с преобладанием в преморбиде истерических черт характера, которые в дальнейшем значительно усиливались, длительно занимая ведущее место в клинической картине болезни.

У больных с непрерывно-приступообразным течением болезни синдром нервной анорексии развивался в пубертатном возрасте на фоне уже текущего шизофренического процесса и претерпевал динамику, описанную выше (хотя у некоторых больных и не получил полного клинического развития — не было кахексии).

Важно отметить, что при остро развивающихся затем психотических приступах (преимущественно депрессивно-параноидного характера) синдром нервной анорексии полностью исчезал, появляясь затем в межприступном периоде. На отдаленных этапах заболевания особенности «пищевого поведения» у этих

больных были выражены меньше, чем у больных с непрерывным течением.

Таким образом, говоря об особенностях синдрома нервной анорексии при шизофрении, следует подчеркнуть характерную динамику его клинических проявлений и в первую очередь сочетание его с другими психопатологическими расстройствами. Последнее особенно существенно на инициальном этапе болезни. Характерная динамика этого синдрома в рамках шизофренического процесса заключается в том, что довольно быстро так называемая активная форма похудения — сознательный отказ от еды — заменяется особыми формами «пищевого поведения», которые в дальнейшем почти полностью отрываются от дисморфоманических переживаний, практически приобретая самостоятельный характер. Важно, что выраженность указанных особенностей динамики синдрома нервной анорексии находилась в прямой зависимости от степени прогрессивности шизофренического процесса и прежде всего нарастания эмоционально-волевых нарушений. Нельзя не отметить и тот факт, что в структуре синдрома имелось извращение «пищевого поведения» в виде приступов булимии, которые в первое время и побуждали больных прибегать к рвоте.

В заключение следует подчеркнуть, что синдром нервной анорексии в рамках пограничных состояний и при шизофрении претерпевал неодинаковые изменения. В том и в другом случае, в значительной мере редуцируясь, он оставался стержневым в клинической картине. Однако если при шизофрении по мере нарастания дефекта он полностью утрачивал связь с дисморфоманическими переживаниями, приобретая характер самостоятельного психопатологического расстройства в виде особого, подчас нелепого «пищевого поведения», то при пограничных состояниях он всегда был тесно связан со сверхценным отношением к своей внешности.

Подобно нервной анорексии в рамках пограничных нервно-психических заболеваний, эта патология при шизофрении также в подавляющем большинстве наблюдений отмечается у лиц женского пола. Однако если в первой группе это исключительно девочки-подростки и девушки, то во второй встречаются и лица мужского пола.

Больной Г. Происходит из наследственно отягощенной

семьи. В 5-летнем возрасте болел скарлатиной с осложнением в виде лимфаденита, в 7 лет трижды перенес пневмонию, в 8 лет — корь, затем безжелтушную форму гепатита. У него всегда отмечалась резкая потливость рук.

До болезни был веселым, подвижным, общительным, физически здоровым и крепким, постоянно занимался спортом. С самого раннего возраста отличался чрезвычайной настойчивостью и упрямством.

Приблизительно с 14 лет стал постоянно ограничивать себя в еде. Вначале уходил, не завтракая, в школу, затем стал есть все хуже. Особенно отчетливым самоограничение в еде сделалось в период учебы в 9-м классе (16 лет). Причины отказа от еды тщательно скрывал, и родителям с большим трудом и далеко не сразу удалось узнать, что мальчик не ест потому, что считает себя «жирным» и не желает «быть как бочка». С неменьшим трудом родители выяснили, что еще в 7-м классе во время взвешивания школьников масса тела его (63 кг при росте 166 см) оказалась выше, чем у многих других. Кто-то из товарищей назвал его «жирным». С этого времени и началось самоограничение в еде, вначале дававшееся больному очень трудно, так как он хотел есть, испытывал голод, но упорно отказывался от еды. Перестав сначала есть супы и мясо, затем он отказался от хлеба, масла, картофеля. Одно время питался только сгущенным молоком и фруктами. Всячески обманывал родителей, уговаривавших и заставлявших его есть. Требовал, чтобы ему накрывали отдельно от всех, в другой комнате, и чтобы никто туда во время еды не входил. Оставлял пустыми тарелки, но, как потом выяснилось, всю еду складывал в банки, специально припрятанные во всех комнатах. Иногда брал пищу в рот, жевал, а потом незаметно выплевывал. После обнаружения банок стал складывать пищу в тряпочки и их всюду прятать, даже в радиоприемник.

Часто рассматривал себя в зеркале, заявлял, что он «как бочка», что ноги у него «как тумбы», что все смотрят на него и замечают, какой он «жирный». Правда, говорил больной об этом очень редко и очень неохотно, только при самых настойчивых требованиях родителей поесть. Чтобы похудеть, после каждой еды делал изнуряющую гимнастику, привязывал к ногам гантели или брал собаку и бегал с ней, вперегонки по пустырю. Желая казаться более тонким, не носил

нижнее белье даже в сильные морозы.

В то же время заметно изменился по характеру, стал молчаливым, менее общительным, грубым, раздражительным. Похудел до 49 кг и к октябрю 1960 г. был стационарирован в терапевтическую больницу с диагнозом: алиментарное истощение. При тщательном обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено, однако отмечались явное преобладание вагуса, артериальная гипотония, цианотичные влажные кисти, брадикардия, спастическое состояние кишечника и желудка.

Получал общеукрепляющее лечение, как будто бы начал есть, но настойчиво требовал выписки, обещая хорошо питаться дома. Однако на 2-й день после выписки вновь отказался от еды. Больной продолжал хорошо учиться, но стал еще менее общительным, все свободное время проводил за чтением.

При стационарировании (находился в психиатрической больнице с декабря 1960 г. по март 1961 г.) обращали на себя внимание бледность и истощенность больного, а также цианотичность кистей и резкая потливость ладоней. Масса тела 52 кг при росте 166 см. Со стороны внутренних органов систолический шум у верхушки сердца, артериальная гипотония (90/70 мм.рт.ст.). Сахар крови натощак 57 мг%. Неврологическое состояние: гипергидроз ладоней, вегетососудистая дистония.

Психический статус: полностью ориентирован, охотно разговаривает с врачом, однако не о своем заболевании, которое он старается всячески диссимулировать; убеждает врача, что его самого беспокоит отсутствие аппетита, что он опасается, не причинил ли он голоданием себе непоправимого вреда, уверяет, что теперь он ест хорошо и много («как все»). О причине голодания говорит еще менее охотно. Идей отношения не высказывает, но сообщает, что «дома все его жирность замечали». Настроение больного подавленное, плачет и просит выписать его. Обнаруживает высокий интеллект.

С первых же дней пребывания в отделении пытался обманывать персонал: делая вид, что с аппетитом ест, потихоньку прятал пищу в карман и рукава пижамы, старался носить при себе банку, куда сливал супы. На прогулке очень много ходил и бегал, каждый раз стараясь давать этому рациональное объяснение («замерз», «давно не занимался физкультурой» и т. д.).

Постоянно просил выписать его, уверял, что теперь «все осознал», «понял».

Больному назначены шоковая инсулинотерапия (31 сеанс) в комбинации с тофранилом, затем амитал-кофеиновое растормаживание, аминазинотерапия, витамины. В результате лечения состояние улучшилось, масса тела увеличилась на 7,6 кг, стал общительным, живым, строил планы на будущее, исчезла подавленность. Ел лучше, однако по-прежнему пытался обманывать окружающих, потихоньку выбрасывал хлеб и масло, уверяя, что он «это просто не любит». При настойчивых вопросах иногда неохотно признавался, что раньше ему стоило очень больших трудов ограничивать себя в еде, а в дальнейшем стало гораздо легче: «аппетит со временем пропал».

К концу пребывания в клинике в поведении больного стали все чаще выявляться психопатоподобные черты: реагировал злобными вспышками на попытки заставить его больше есть, грубил персоналу и особенно приходившей к нему на свидание матери, причем старался оскорблять ее потихоньку, чтобы никто не слышал, на людях демонстративно ухаживал за ней.

По данным анамнеза, по возвращении домой первое время работал в слесарных мастерских, научился водить машину, с работой справлялся хорошо. Затем успешно окончил 10-й класс и поступил в институт. Учился без труда. По-прежнему очень много читал, интересовался техникой. С товарищами контактировал формально, старался никуда не ходить. К родным по сути безразличен, его не трогают ни болезнь матери, ни неприятности отца на работе. Очень неряшлив, может месяц не мыться. Питается отдельно от семьи, совершенно не ест хлеб, гарниры, старается обойтись без супов, масла. Например, сырники выжимает через промокашку, чтобы не осталось масла. Ест творог, яблоки, морковь, свежую капусту. Не терпит разговоров о еде, стал еще более грубым и раздражительным. Следит за своей массой тела, сам взвешивается. Масса тела последнее время 68 кг.

Приведенная история болезни — пример упорного самоограничения в еде, возникшего вследствие прочной, ничем неколебимой уверенности в собственной «жирности». Характерно, что больной тщательно диссимулирует не только причину отказа от еды, но и само стремление есть меньше. Не имея истинного отсутствия аппетита, он стремится не есть те

продукты, которые дают прибавку массы тела, и в большом количестве ест фрукты и овощи. Кроме того, занимается изнурительными физическими упражнениями. Ведущий синдром данного наблюдения ясен: это синдром дисморфомании с нервной анорексией, с сознательным ограничением себя в пище.

Более сложен вопрос о нозологической принадлежности данного синдрома. Чрезвычайная стойкость синдрома, отмеченное в динамике изменение личности с нарастанием холодности, черствости, неряшливости, появление характерных для шизофрении с синдромом дисморфомании черт психопатоподобного поведения дают явное преимущество диагнозу шизофрении с непрерывно-поступательным, но медленным течением.

Глава VI. Вопросы лечения и социально-трудовой реабилитации больных с дисморфоманией и нервной анорексией. Лечение больных с дис

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте
Коркина М.В.

Дисморфомания, особенно синдромально завершенная, принадлежит к числу наиболее стойких и малокурабельных психопатологических заболеваний. Наибольшей инертностью (за некоторым исключением) этот синдром отличается при шизофрении, однако и при пограничных состояниях этого рода патология оказывается также весьма устойчивой и резистентной к терапии [Николаев Ю. С., 1945; Новлянская К. А., 1958, 1960; Коркина М. В., 1961— 1981; Лебединская К. С., Немировская С. В., 1973, 1977; Морозов П. В., 1975—1977; Walter K., 1965, и др.].

Чрезвычайная стойкость дисморфомании, довольно большая частота возникновения заболеваний, протекающих с этим симптомокомплексом, так же как и наличие у многих больных выраженных суицидальных тенденций, делают необходимым поиск наиболее эффективных методов терапии.

Вместе с тем работ, специально посвященных вопросам лечения больных с синдромом дисморфомании, очень немного, и результаты терапии, приведенные в этих работах, мало оптимистичны.

Однако прежде чем касаться особенностей лечения больных с патологической убежденностью в наличии какого-то физического недостатка, необходимо остановиться на проблеме отношения врачей (и не только психиатров) к упорному стремлению этих пациентов к коррекции своего

«дефекта». В частности, это может быть требование назначить какой-то гормональный препарат «для ускорения роста», «лекарство, убивающее аппетит», «мазь, сводящую волосы на ушах» и т. д. Но наиболее частым и особенно упорным у этих больных оказывается стремление к пластической операции, отмечаемое очень многими авторами [Николаев Ю. С., 1945; Коркина М. В., 1959—1981; Новлянская К. А., 1960; Беленькая Н. Я., 1972; Dosuzkova V., Dosuzkov B., 1947; Dietrich H., 1962; Finkelstein B., 1963; Szydlík H., Hryniewicz H., 1964; Walter K., 1965; Abram H. S., 1966; Alliez J., Robion M., 1969; Alby J. M., Mallat C. — F., Morel-Fatio D., 1969; Hay G. G., 1970; Val-lat J. N., Leger J. M., Desteuhant J., Garoux R., 1971; Пантелеев Д., Яначкова М., Пашкова Р., 1972; Hay G., Heather B. B., 1973; Tyszkа E., 1973; Braddock L. E., 1982 и др.].

Характеризуя стремление этих лиц к пластической операции, J. N. Vallat с соавт. пишут: «Больные настойчиво добиваются своей цели. Но результат вмешательства их не удовлетворяет, а состояние озабоченности даже увеличивается. Вместе с тем больные не обескураживаются; их гнев обрушивается не столько на хирурга, сколько на тех, кто был противником обращения к нему или кто отказывал во вмешательстве».

Вопреки данным J. N. Vallat с соавт., мы неоднократно наблюдали (наряду со злобным отношением к родителям и близким, не соглашающимся на операцию) агрессивность и по отношению к хирургам, как отказывающимся от операции, так и сделавшим ее «неудачно». В любом случае пластические операции, к которым больные с дисморфоманией так активно стремятся, им противопоказаны, ибо не только не дают никакого эффекта, но обычно приводят к еще большему утяжелению психического состояния. В качестве одного из примеров можем привести выдержку из истории болезни больного М.

Этот больной, с раннего детства настойчивый, упрямый, самолюбивый, обидчивый, несколько вспыльчивый, до 13 лет никакой психопатологической симптоматики не обнаруживал. В 13 лет, упав с лошади, ударился носом о плуг, очень испугался. Ссадины и синяки на носу вскоре прошли, объективно никаких следов не оставив, но больной стал постоянно об этом думать, часто рассматривал себя в зеркале, считал свой нос «испорченным». Постоянно раздумывал о том, как бы свой нос исправить; пришел к убеждению, что нос мешает ему добиваться успеха в различных делах, не только личных, но и служебных. В 1958 г. услышал от одного врача, что в Москве есть «специальный институт», где «исправляют носы». Сразу же собрался (больной жил в Караганде, работал

шахтопроходчиком) и приехал в Москву.

Объективно никаких следов травмы не оказалось, но имелся дефект, бывший у больного от рождения: несколько запавшая переносица.

В октябре 1958 г. был оперирован в Институте косметологии (пластика спинки носа, в результате чего переносица была выпрямлена). Результатом операции остался недоволен, доказывал, что вместо прямого носа, как он просил, ему «сделали с горбинкой». Умолял сделать повторную операцию, так как с таким носом он не может вернуться домой, его «засмеют». Каждый день ходил в Институт косметологии, где, не поддаваясь никаким уговорам и убеждениям, добивался повторной операции, требовал «сделать нос хотя бы таким, каким был раньше». Жил в это время на вокзале, питался кое-как, поскольку, истратив все деньги, жил случайными заработками.

Добился повторной операции, но ее результатом также был очень недоволен, хотя больному в соответствии со сделанными ранее снимками возвратили прежнюю форму носа. Проявляя на этот раз уже выраженную агрессию, заявлял, что ему «сделали косой нос», отнеслись небрежно, не выслушали как следует, чего он хотел и т. д. Тут же начал добиваться третьей операции, скандалил, пытался ударить профессора, делавшего ему вторую операцию, разбил графин. Пошел с жалобой в Министерство здравоохранения СССР, а затем в прокуратуру, вновь скандалил в Институте косметологии, сломал кресло, грозил «бросить в институт бомбу».

С повторной жалобой явился в Министерство здравоохранения СССР, оттуда был направлен в психиатрическую больницу, где при тщательном обследовании выявилась психопатологическая симптоматика, характерная для параноидной шизофрении, паранойяльный этап которой вскоре после операции сменился параноидным, и больной, до этого социально адаптированный, был в дальнейшем переведен на инвалидность.

Как видно из приведенного наблюдения, повторные операции утяжеляют клиническую картину заболевания, ибо способствуют еще большей фиксации больного на «уродливой» части тела. В то же время надо сказать, что иногда сразу после операции может отмечаться непродолжительный период кажущегося положительного действия. Так было с наблюдаемой нами больной З., которая, вопреки категорическим возражениям психиатров, все-таки вынудила родителей повезти ее в другой город и там

уговорить хирургов, не знавших ее анамнеза, сделать операцию на носу, якобы «очень толстом». Первые несколько недель после операции «чувствовала себя легко и свободно». Затем состояние резко ухудшилось, обвиняла хирургов и родителей в том, что все «плохо сделали», «не нашли хороших специалистов». Вдобавок к прежним жалобам («толстый нос») стала заявлять, что нос после операции «стал синеть», «видны следы швов», она теперь чувствует в носу «покалывание и жжение». В поведении резко усилились психопатоподобные проявления. Необходимо отметить, что нам приходилось наблюдать не только

обострение психопатологической симптоматики, наступавшее после оперативного вмешательства, но и актуализацию прежних суицидальных намерений или даже появление их вновь, если прежде таких тенденций у больных не отмечалось.

Мы считаем категорически противопоказанным проведение и так называемых бутафорных операций, также отрицательно отражающихся на психическом состоянии. Так было, в частности, с больной А., убежденной в наличии «безобразящих» ее «морщинок по сторонам носа». Она уверяла, что «чувствует их», видит их в зеркале, и все кругом тоже видят и «усмеваются». Обнаруживала суицидальные тенденции. Чтобы «успокоить» больную, врачи местной больницы сделали ей бутафорную операцию, ограничившуюся маленькими надрезами с последующим наложением повязки. В течение нескольких часов до снятия повязки больная была относительно спокойна, затем с еще большей интенсивностью стала высказывать прежние жалобы и стремление покончить с собой.

При высказывании больным нелепых требований произвести ему пластическую операцию, особенно повторную, необходимо сразу же взять его под наблюдение психиатра, так как отказ от операции может активизировать стремление больного к самокоррекции, нередко принимающей очень опасные формы (например, удаление бритвой всех мягких тканей с «уродливого» носа). Противопоказано проведение и разного рода «успокаивающих» мероприятий, назначение с «отвлекающей» целью тех или иных кремов, мазей, примочек, массажа и т. д. Резкого обострения в подобных случаях может и не быть, однако обычно приходится констатировать еще большую патологическую фиксацию больных на «уродливой» части тела.

В отношении больных с патологической убежденностью в недержании кишечных газов также противопоказаны какие-либо мероприятия по «укреплению» анального сфинктера.

Ухудшение состояния в виде еще большей бредовой фиксации и усиление локальных сенестопатий отмечались у таких больных после назначения им терапевтом или хирургом свечей, клизм или физиопроцедур на анальную область.

Прежде чем излагать конкретные данные относительно методов лечения больных с описываемым синдромом, хотелось бы подчеркнуть одно явление, подчас наблюдаемое у этих больных: выраженное улучшение психического состояния от одного лишь факта стационарирования.

Сами больные (если они вообще бывают склонны говорить на эту тему) чаще всего это временное улучшение объясняют тем, что в больнице их никто не видит и им поэтому здесь гораздо лучше («здесь все сумасшедшие и ничего не понимают», «каждому только до себя, по сторонам не смотрят», «у каждого своя боль»). Иногда при этом больные даже просят перевести их в более тяжелое отделение «к старикам или слабоумным», которые «вообще ничего не понимают» и смеяться поэтому не будут. Однако это улучшение кажущееся, недлительное, нестойкое и обманчивое, особенно выраженное у больных, в дальнейшем наиболее труднокурабельных. Самое же обманчивое впечатление, особенно вначале, обычно производят больные с сознательным отказом от еды: уверяя врачей, что они «едят, как все», эти больные в то же время стараются всеми силами обмануть персонал, что иной раз делают довольно искусно.

Нередко склонны к тщательной диссимуляции и больные с убежденностью в распространении неприятных запахов. Впоследствии они нередко сообщали врачу, что диссимуляция была вызвана желанием поскорее выписаться из стационара («здесь кругом народ», «дома я один в комнате», «когда быстро хожу по улице, люди не успевают заметить, от кого пахнет» и т. д.).

При организации лечебно-профилактической помощи больным с убежденностью в наличии мнимого или болезненно переоцениваемого физического недостатка должны соблюдаться четыре главных принципа: 1) максимально-эффективная профилактика дисморфоманических расстройств; 2) как можно более раннее выявление этих больных, обычно долгое время обращающихся к врачам самых разных специальностей, но только не к психиатрам; 3) комплексность терапии, необходимая в подавляющем большинстве случаев (сочетание транквилизаторов или антидепрессантов с психотерапией, нейролептиков с антидепрессантами, инсулинотерапии с нейролептиками или антидепрессантами); 4) проведение одновременно с биологической терапией мероприятий

социально-реабилитационного характера.

В процессе лечения больных с дисморфоманией должны учитываться особенности преморбиды и инициальной симптоматики (в том случае, если сама дисморфомания не является инициальной стадией заболевания), характер синдромагенеза, структура синдрома, дальнейшая его динамика, возможность сочетания его с иными психопатологическими образованиями. Естественно, необходимо учитывать также нозологическую принадлежность синдрома дисморфомании, форму и стадию заболевания.

Патология в виде дисморфоманических расстройств (что в особой степени касается больных с дисморфоманическими реакциями, реактивной дисморфоманией и патохарактерологическим развитием с дисморфоманической симптоматикой в клинической картине) прежде всего требует соответствующих профилактических мероприятий. Превентивные меры должны начинаться уже с детства, с правильного воспитания и отношения к ребенку, а затем подростку в семье.

Формированию пониженной самооценки и, в частности, оценки своей наружности в значительной степени способствуют такие ситуации в семье, когда родители не придают значения обидным словам, высказываясь о внешности ребенка: «Ну, и лопоухий же ты», «И в кого ты такая носатая уродилась», «Какой же ты у нас некрасивый» и т. д.

Следует всячески избегать подобных замечаний и в отношении подростков, если даже у них к пубертатному периоду и появляются какие-либо особенности во внешности: юношеские угри, сутулость, некоторая склонность к полноте и т. д. Стараясь помочь подростку избавиться от этих явлений, ни в коем случае не следует постоянно о них напоминать, а тем более употреблять ранящие психику подростка выражения. Необходимо соблюдение соответствующего такта и со стороны учителей и школьных врачей. Кроме того, мысли о безобразной полноте, приводящие к развитию нервной анорексии, нередко возникают у подростков (особенно у девочек) в результате различных реплик, сказанных преподавателем физкультуры или тренером. Как показали наши наблюдения, такие реплики — «твоим задом только гвозди забивать», «что это у тебя живот, как у беременной» — имеют место не только при некоторой склонности подростка к полноте, но и при нормальной массе тела, но все же большей, чем требуется с точки зрения преподавателя или тренера для занятий

физкультурой, фигурным катанием, посещению балетной студии и т. д.

Особого такта медико-педагогической коррекции требуют дети с действительно имеющимися физическими дефектами [Матвеев В. Ф. с соавт., 1973—1982; Карно-зов В. Л., 1979; Русев К., 1956; Stutte Н., 1957 и др.]. Желательно полное (в том числе и путем хирургического вмешательства) устранение этого дефекта, причем как можно более раннее, пока еще имеющийся физический недостаток не вызвал тех или иных изменений в психике подростка.

Для своевременного установления правильного психиатрического диагноза прежде всего необходима достаточная ориентированность врачей любой специальности в особенностях данной патологии. Очень большая роль как в санитарно-просветительной работе в этом плане, так и в непосредственном выявлении больных с дисморфоманическими расстройствами принадлежит врачам специализированных психиатрических кабинетов, создаваемых на базе территориальных поликлиник [Козырев В. Н., Смулевич А. Б., 1981, 1982].

Лечение больных должно быть комплексным, дифференцированным и, как правило, длительным. В целом в отношении этих больных должны применяться лечебные воздействия, хорошо разработанные и апробированные на практике. Это касается как биологических методов (Авруцкий Г. Я., Александровский Ю. А., Бабаян Э. А., Боброва И. Н., Бовин Р. Я., Громова В. В., Гурович И. Я., Личко А. Е., Морозов Г. В., Наджаров Р. А., Руденко Г. М., Саарма Ю. М., Смулевич А. Б., Хвиливицкий Т. Я- и др.), так и психотерапии в ее разнообразных вариантах (Мясищев В. Н., Платонов К. И., Скворцов К. А., Рожнов В. Е., Карвасарский Б. Д., Либих С. С., Филатов А. Т., Бурно М. Е., Панков Д. В., Слуцкий А. С. и др.).

Вместе с тем в лечении больных с дисморфоманическими расстройствами есть и некоторые особенности, в первую очередь касающиеся больных нервной анорексией с выраженной (очень часто вплоть до кахексии) соматической патологией. Именно поэтому мы сочли необходимым описание лечения больных с нервной анорексией, тесно связанной с дисморфоманией, выделить особо.

Больным с дисморфоманическими реакциями показано прежде всего лечение транквилизаторами в сочетании с психотерапией. При назначении медикаментозной терапии необходимо принимать во внимание «почву» в виде акцентуации характера или психопатических свойств

личности, на которой возникают дисморфоманические реакции, а также учитывать тот факт, что у психопатических личностей может иметь место измененная реакция на психотропные препараты [Кербиков О. В., 1962].

Наилучшие результаты у больных этой группы мы наблюдали при применении элениума, либриума, напотона и отечественного препарата феназепама. Несколько менее выраженный эффект давало назначение седуксена, валиума, реланиума и еще меньший — амизила и тазепама. При выраженной тревоге с опасениями не удержать кишечные газы и наличии локальных сенестопатий показано присоединение тералена и сонапакса. При тревоге, особенно усиливающейся при необходимости появляться в людных местах, следует в дополнение к транквилизаторам назначать такие нейрорептики-седатики, как хлорпротиксен или тизерцин. При этом, как показал наш опыт, тизерцин у описываемых больных более эффективен в малых дозах (12,5 мг).

Депрессия, которая у больных с дисморфоманическими расстройствами часто колеблется в своей интенсивности, требует назначения антидепрессантов. У рассматриваемых больных в результате сравнительного изучения большой группы антидепрессантов наилучший эффект был обнаружен при применении отечественного препарата пиразидола, мягкого по своему действию, и, что весьма важно, не приводящего к инверсии аффекта [Морозов Г. В., Руденко Г. М., 1982].

При выраженных нарушениях поведения, особенно у возбуждимых психопатов или лиц с истерическими чертами характера, весьма показан такой корректор поведения, как неулептил.

Непременным условием в отношении данной группы больных является сочетание медикаментозной терапии с социотерапевтическими воздействиями, в частности психотерапией. Психотерапия должна быть индивидуально подобранной в зависимости от особенностей личности больных, однако в любом случае она должна включать в себя разъяснительный компонент, направленный на переориентировку личности, на переключение основного внимания подростка или юноши (девушки) со своей внешности (даже и при наличии некоторых незначительных физических недостатков) на более значимые жизненные ценности.

Методы психотерапии при этом у лиц юношеского возраста соответствуют таковым у взрослых, а у подростков должны

проводиться с учетом именно этого возрастного периода [Рожнов В. Е., Драпкин Б. З., 1979; Драпкин Б. З., Трифонов О. А., 1979 и др.].

Все перечисленные лечебные мероприятия необходимо начинать на возможно более раннем этапе заболевания не только с целью ликвидации дисморфоманических реакций, но и с превентивной целью: предупреждения развития реактивной дисморфомании. Этот вид патологии, характеризующийся, как уже отмечалось, длительностью и стойкостью, весьма труден для терапевтического воздействия.

Почти все авторы указывают на выраженную терапевтическую резистентность дисморфомании. Они подчеркивают крайне незначительный эффект от применения в этих случаях электросудорожной терапии [Николаев Ю. С., 1945; Walter K., 1965], инсулинотерапии [Николаев Ю. С., 1945; Новлянская К. А., 1960]. Сообщения об успешных результатах стали появляться лишь в последние два десятилетия, когда стали применяться новые методы лечения (психофармакологические средства, меры социотерапевтического воздействия). В частности, появились данные об эффективности комбинированного применения инсулиншоковой терапии и антидепрессантов [Коркина М. В., 1962], разгрузочно-диетической терапии [Бабенков Г. И., 1966, 1968; Николаев Ю. С., Бабенков Г. И., Гурвич В. Б., 1968; Николаев Ю. С., Бабенков Г. И., 1968; Полищук Ю. И., 1974; Заиров Г. К., 1979], комбинированного применения различных психотропных средств [Коркина М. В., 1965—1981; Морозов П. В., 1976, 1977; Немировская С. В., 1977].

При реактивной дисморфомании, когда идеи физического недостатка представлены сверхценными, сверхценно-паранойяльными или паранойяльными образованиями и входят в характерную триаду, при проведении лечения необходимо учитывать как особенности личности (сенситивность, истероидность, эксплозивность и т. д.), так и особенности синдрома дисморфомании. При наличии в преморбиде черт круга тормозимых показаны транквилизаторы (главным образом феназепам, элениум, седуксен), при истерических особенностях личности и при эксплозивности — неулептил.

Что касается самого синдрома дисморфомании, то терапевтический эффект оказался значительно выше при превалировании в триаде депрессии и при кататимной окрашенности идей отношения. В таких наблюдениях положительных результатов удавалось добиться при применении комбинации антидепрессантов с так называемым

сбалансированным действием (пиразидол, лудиомил и особенно амитриптилин) и нейролептиков (трифтазин, этаперазин), а при наличии сенестопатий у больных с убежденностью в распространении запаха кишечных газов необходимо присоединение тералена или тиоридазина.

Наиболее стойким синдром дисморфомании был при превалировании в триаде патологических идей физического недостатка. Этим больным наряду с указанными выше комбинациями (в которые в таких случаях должен обязательно входить трифтазин) необходимо назначать производные бутирофенона: галоперидол или триседил.

Стойкость оформленного паранойяльного синдрома любой этиологии известна. В наших наблюдениях дисморфомания была наиболее резистентной к терапии в тех случаях, когда можно было диагностировать патологическое (паранойяльное) развитие с соответствующим содержанием паранойяльной системы. Не отмечая ни в одном наблюдении полного исчезновения паранойяльного бреда, мы тем не менее именно при лечении комбинацией трифтазина и галоперидола наблюдали некоторую дезактуализацию болезненных переживаний, уменьшение аффективной насыщенности идей физического недостатка, так же как и заметное снижение активности больных в стремлении добиться не показанной им пластической операции. Не отмечалось при этом и тенденции к расширению паранойяльной системы, обычно свойственной таким больным. (Надо сказать, что эффективность галоперидола хотя и при паранойяльных идеях иного содержания отмечали А. Б. Смулевич, М. Г. Щирин, 1972; Ю. А. Александровский, 1976; Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува, 1981 и др.).

Наконец, следует подчеркнуть и такой клинический факт, как обострение идей физического недостатка не только у больных с реактивной дисморфоманией, но и с дисморфоманическими реакциями при назначении им антидепрессантов стимулирующего действия, а именно имизина и его аналогов (мелипрамина, тофранила, имипрамина).

Как уже отмечалось, при шизофрении разработка вопросов терапии дисморфоманических расстройств актуальна в тех случаях, когда эта симптоматика является инициальной и притом в течение какого-либо отрезка времени единственной или во всяком случае резко превалирующей в клинической картине. Именно подобные наблюдения являются недостаточно изученными в плане выбора терапевтической тактики.

Помимо общепринятых методов лечения шизофрении,

дифференцированных в зависимости от типов течения, прогрессивности процесса, этапа заболевания и т. д., обычно учитываются и особенности «синдромов-мишеней». Назначение самых различных методов лечения, так называемых старых в виде электросудорожной, пирогенной, инсулино-шоковой терапии (все эти методы проводились у лиц не моложе 18 лет) и современных психотропных препаратов, применяемых в течение длительного периода времени как изолированно, так и в различных комбинациях, дало основание говорить о преимуществах комбинированного лечения. Напротив, электрошоковая и пирогенная терапия, применяемые в отдельности, должного эффекта не дали.

При лечении дисморфомании, когда имеется малая прогрессивность шизофренического процесса, в основном показаны те же комбинации, что и при дисморфоманических реакциях из группы пограничных расстройств. При этом необходимо добавление небольших доз трифтазина и галоперидола и проведение более длительного курса лечения.

При параноидной шизофрении с синдромом дисморфомании показана комбинация галоперидола или триседила с трифтазином и антидепрессантами седативного действия, наиболее активным из которых применительно к больным этой группы является амитриптилин. При сенестопатиях, как локальных, так и диффузных, следует назначать меллерил, терален, при усилении соматопсихических ощущений на фоне тревоги — добавлять лепонекс.

Прогностически благоприятно появление патологических идей отношения и физического недостатка вслед за первично возникающим депрессивным состоянием. В таких случаях при лечении указанной выше комбинацией в больших дозах, чем обычно, следует назначать антидепрессанты-седатики. Надо сказать, что мы не отметили у таких больных хорошего эффекта от применения солей лития, на что имеются указания в литературе [Морозов П. В., 1977].

Неблагоприятным является первоначальное возникновение в триаде идей отношения. В таких случаях (при той же комбинации) основной акцент следует делать на применении комбинации галоперидола, трифтазина, этаперазина.

Сочетание синдрома дисморфомании с психопатоподобным поведением требовало добавления неуплетила, а при резко выраженных психопатоподобных проявлениях — аминазина.

При параноидной шизофрении, приближающейся по течению к злокачественной, когда к редуцированному и атипичному

синдрому дисморфомании присоединяется гебефреническая или гебефренокататоническая симптоматика, показано назначение мажептила.

Характеризуя в целом лечение больных с синдромом дисморфомании, следует признать правомерность того положения, что терапевтический эффект при малокурабельных состояниях, к которым относится рассматриваемая патология, обычно оказывается опосредованным и отмечается только при нормализации «эффективности» [Хвиливицкий Т. Я., 1961, 1965; Бовин Р. Я., 1975; Незнамов Г. Г., 1979 и др.].

Лечение больных с нервной анорексией

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Лечение больных нервной (психической) анорексией также представляет трудности, ибо они оказываются чрезвычайно резистентными к любым видам терапии. Описанные в мировой литературе методы лечения психической анорексии включают инсулиншоковую терапию в комбинации с антидепрессантами, ударные дозы нейрорептиков, ЭСТ, гормональную терапию, психоанализ, а также так называемую поведенческую терапию и даже лоботомию.

Больных нервной анорексией можно лечить амбулаторно и стационарно. Однако большинство исследователей считают, что для успешного лечения этих больных, особенно с выраженным физическим истощением, их необходимо стационаривать. Стационаривание преследует цель «отрыва больного от прежней патогенной ситуации» и прежде всего «изъятия из семьи».

Стационарное лечение, как правило, нами проводилось в случаях тяжелой анорексии, когда больных госпитализировали по жизненным показаниям. Амбулаторное лечение было возможным лишь тогда, когда вторичные соматоэндокринные расстройства не достигали степени выраженной кахексии и не угрожали жизни больных.

Прежде всего остановимся на особенностях лечения в условиях стационара.

Схематически программу лечения можно разделить на два этапа: 1) этап неспецифического лечения, направленного

на улучшение соматического состояния; 2) этап специфического лечения — лечения основного заболевания в соответствии с его нозологической принадлежностью. Неспецифическое лечение было одинаковым для всех больных.

Цель первого этапа лечения — приостановить снижение массы тела, укрепить соматическое состояние и подготовить больных к последующему специфическому лечению.

В первые дни пребывания больных в клинике наибольшее внимание надо уделять состоянию сердечно-сосудистой системы, поскольку у больных анорексией отмечались дистрофические изменения миокарда и выраженная гипотония. Нередко гипотония (особенно при резком переходе из горизонтального в вертикальное положение) приводила к развитию коллаптоидных состояний с возможными травмами черепа (мы наблюдали такой случай). Сердечные и сосудистые средства давали больным ежедневно одновременно с введением достаточного количества жидкостей (40 % раствор глюкозы внутривенно, 5 % раствор глюкозы и раствор Рингера подкожно) и витаминов (особенно из группы А, В, С).

С первых же дней больным необходимо назначать дробное, небольшими порциями, питание, учитывая при этом состояние желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы. Давать только жидкую пищу нужно 6 раз в день.

Наибольшие трудности возникают, как правило, при первых кормлениях больных, когда необходимо следить буквально за каждой ложкой пищи, добиваясь, чтобы больной проглотил ее. Кормление таких больных должно проводиться лечащим врачом или специально проинструктированным персоналом, знакомым с особенностями «пищевого поведения» больных нервной анорексией. После каждого приема пищи больные должны быть на строгом постельном режиме в течение 2 ч под надзором медицинской сестры. Учитывая постоянное стремление больных к физической гиперактивности, в первые дни после стационарирования им необходим абсолютный постельный режим. Круглосуточный надзор позволяет предупредить попытки вызвать рвоту ночью.

Следует сказать, что на подобные меры больные почти всегда отвечают враждебностью и выраженным негативным отношением к персоналу. Для снятия у больных внутреннего напряжения и негативизма надо

назначать седативные препараты (в частности, элениум — по 10 мг на ночь) или нейролептики с мягким спектром действия в малых дозах (френолон по 5—10 мг в сутки). Кроме того, эти препараты, как известно, являются и определенными стимуляторами аппетита.

Учитывая одно из основных правил лечения больных нервной анорексией, каковым является изоляция от родителей, посещение больных родителями и другими родственниками надо резко ограничивать (до 1 раза в 7—10 дней). Нередко свидания с родственниками использовались как психотерапевтическое средство в качестве поощрения правильного «пищевого поведения» больных. Целесообразно также предупреждать больных в момент стационарирования о необходимости прибавки в массе тела минимум на 10 кг.

Неспецифическое лечение, в основе которого лежало достижение нормализации массы тела, должно продолжаться 1—3 нед. За этот период можно добиться повышения массы тела на 2—4 кг. Следует отметить, что все описанные выше меры позволяют избежать кормления больных через зонд, хотя в единичных случаях эта мера все-таки необходима.

Для выведения больных из состояния кахексии нами впервые были применены отечественные препараты карнитин и кобамамид.

Карнитин (витамин В_т) — активный метаболит. Участвуя в трансметилировании, он стимулирует биосинтез белка. Важную роль играет в процессах ацетилирования при окислении жирных кислот, являясь акцептором ацильного радикала. Участвует в биосинтезе жирных кислот, в образовании ацетил-КоА.

Лечение, начатое в клинических условиях, в дальнейшем продолжалось амбулаторно, причем у половины больных — повторными курсами.

Больным назначали карнитин в виде 20 % водного раствора карнитина гидрохлорида. Доза препарата была индивидуальной — от 0,75 до 1,5 г, продолжительность лечения — от 45 до 120 дней. 20 больным препарат назначали в дозе 3—5 столовых ложек в сутки в течение 25—60 дней.

Сравнительное изучение показало, что у больных, получавших в составе комплексного лечения карнитин, улучшение соматического состояния наступало раньше,

чем у больных контрольной группы. Эффективность лечения проявлялась в увеличении массы тела (в среднем на 6—10 кг), появлении подкожного жирового слоя. Исчезали трофические нарушения, улучшалась деятельность желудочно-кишечного тракта, восстанавливался менструальный цикл, повышался уровень гемоглобина, нормализовался метаболизм белков, липидов и углеводов.

Карнитин рекомендуется назначать от 0,75 до 1,5 г в сутки с продолжительностью курса лечения до 60 дней (один курс). В случае необходимости можно продолжить курс лечения через 6 мес длительностью до 45 дней.

Противопоказанием, по нашим данным, является гиперацидный гастрит, поэтому при лечении карнитином необходимо тщательное динамическое лабораторное исследование желудочной секреции.

В целом же препарат хорошо переносится как в виде таблеток, так и в виде раствора и в клинических, и в амбулаторных условиях. Однако более удобной формой, по нашим данным, является раствор карнитина.

Кобамамид назначали с первых дней лечения кахектического состояния в возрастающих дозах, начиная с 0,0005 до 0,003 г (таблетки) в сутки и в виде ежедневных внутримышечных инъекций по 1 мл. Продолжительность курса лечения кобамамидом в таблетках составляла от 1 до 3 мес, а в инъекциях — от 1 до 1/2 мес.

Эффективность действия кобамамида оценивали по степени клинической редукции дистрофических нарушений, улучшению биохимических показателей крови, общего анализа крови и мочи, данных ЭКГ и т. д.

Клинический опыт лечения кобамамидом больных нервной анорексией (по сравнению с больными контрольной группы) свидетельствует о том, что препарат (особенно его инъекционная форма) уже к концу 2-й недели лечения вызывает заметное улучшение деятельности желудочно-кишечного тракта. В дальнейшем можно отметить постепенное повышение кислотности желудочного сока, которая ко 2-му месяцу лечения приближалась к норме, нормализацию эвакуаторной функции, уменьшение запоров, а также более по ходу кишечника. Все это способствовало увеличению массы тела в среднем на 7—9 кг к концу 3-го месяца лечения.

У больных раньше, чем в контрольной группе, улучшались

биохимические показатели: нормализовалось содержание сахара крови (80—90 мг%), повышался гемоглобин до 120—140 г/л, количество эритроцитов достигало нормы (4,5—1012/л—5-1012/л), к норме приближался уровень бета-липопротеидов и холестерина. Наряду с этим исчезал белок в моче.

В процессе лечения значительно улучшалось состояние кожи: нормализовался ее цвет и тургор, появлялся подкожный жировой слой, прекращалось выпадение волос. Улучшалась трофика миокарда, хотя брадикардия сохранялась в течение нескольких месяцев. Повышалось артериальное давление (до 100/60 мм.рт.ст.).

Таким образом, клинические данные свидетельствуют о том, что кобамамид как препарат с выраженными анаболическими свойствами эффективен при лечении соматического неблагополучия, возникающего вследствие длительного голодания у больных нервной анорексией.

Хорошая переносимость кобаамида, отсутствие осложнений дают основание рекомендовать его для комплексного лечения больных нервной анорексией в клинической практике. Кобамамид рекомендуется назначать в таблетках от 0,0005 до 0,003 г в сутки в течение до 3 мес на первый курс лечения. Поддерживающие дозы (амбулаторно) — по 0,0005 г 3 раза в день (продолжительность — до 1/2 мес). Внутримышечные инъекции — ежедневно по 1 мл в течение 1/2 мес (первый курс лечения) и повторный курс лечения — через 3—4 мес.

Второй (специфический) этап наиболее сложен, так как терапия здесь направлена на заболевание в целом. Выбор метода лечения зависит от нозологической принадлежности синдрома. Однако при этом надо учитывать и особое соматическое состояние больных.

При лечении больных шизофренией на фоне продолжающейся общеукрепляющей терапии постепенно под тщательным надзором и контролем за соматическим состоянием мы увеличивали дозы нейролептиков.

Больным шизофренией с синдромом анорексии (учитывая некоторую их вялость после выхода из кахексии) назначали френолон (по 20—30 мг утром и днем) и тизерцин (25—50 мг на ночь). Выбор френолона обусловлен его малой токсичностью, а также седативным, антианксиозным и стимулирующим аппетит действием.

Иногда показан курс инсулинотерапии. Этот метод более сложен для практического осуществления, так как больные нередко после купирования состояния гипогликемии (завтрак) пытаются вызвать рвоту, и, таким образом, возникает опасность повторных шоков.

Для больных шизофренией с извращенным «пищевым поведением» (стремлением съесть как можно больше продуктов для «более полноценной и приятной рвоты», вызываемой произвольно) оказались эффективными дробные дозы аминазина или стелазина (внутримышечно) в комбинации с инсулином. Выбор аминазина или стелазина определялся, с одной стороны, их противорвотным, а с другой — анорексигенным действием. По-видимому, указанные препараты стабилизировали в какой-то мере так называемый уровень пищевого насыщения.

Попытки использовать психотерапию у больных шизофренией не увенчались успехом.

Продолжительность лечения при шизофрении варьировала от 2 до 7 мес. Масса тела у больных в среднем увеличивалась на 9 кг, у них нормализовалось соматическое состояние, однако полной критики к заболеванию не было. Они по-прежнему тщательно диссимулировали свое состояние, крайне тяготились пребыванием в больнице. Будучи выписанными на амбулаторное наблюдение и лечение, они через некоторое время (4 мес — 1 год) повторно стационарировались в психиатрическую клинику, причем иногда в состоянии выраженной кахексии. Анализ повторных стационарирований позволяет прийти к выводу, что ре-госпитализация особенно необходима больным с так называемым рвотным поведением, так как именно они наиболее резистентны к различным терапевтическим воздействиям.

Ведущим методом лечения больных с пограничными состояниями являлось сочетание медикаментозной терапии с различными видами психотерапии. Учитывая то, что у больных этой группы в первые дни пребывания в больнице возникали выраженные реакции протеста, что они бурно реагировали на сам факт госпитализации, всем им уже на стадии неспецифического лечения давали небольшие дозы нейролептиков (10 мг френолона) или транквилизаторов (10 мг элениума). Кроме того, эти больные на всем протяжении лечения получали терапевтические дозы инсулина (8—16 МЕ).

На этапе специфического лечения, кроме общеукрепляющей терапии, больным назначали более

высокие дозы нейролептиков, в частности до 20—30 мг в сутки френолона. Френолон не только снимал эмоциональное напряжение и несколько повышал аппетит, но и способствовал более эффективному проведению психотерапии. Методы психотерапии, проводимой абсолютно всем больным этой группы, варьировали от рациональной и суггестивной до аутотренинга. При этом обязательно учитывались личностные особенности больных.

При наличии истерических черт, в соответствии с мнением большинства психотерапевтов, наиболее показаны суггестивные методы психотерапии. Именно поэтому больным нервной анорексией с истерическими чертами характера мы назначали внушение в гипнотическом сне или в бодрствующем состоянии. Во всех случаях были получены довольно хорошие результаты.

Больным с преобладанием астенических или психастенических черт характера показана так называемая рациональная психотерапия по Дюбуа—Дежерину. Смысл такого подхода заключался в ежедневном тщательном разъяснении больным сущности их заболевания. Основной задачей этого метода лечения было добиться, чтобы больные осознали, что их болезнь — это временное, преходящее состояние.

Четверо больных, в преморбиде которых отмечались истерические и психастенические черты, оказались резистентными как к суггестивной, так и к рациональной психотерапии. С этими больными проводили сеанс аутотренинга в модификации Лебединского — Бортник. Этот метод лечения позволял не только значительно снизить аффективную напряженность больных, но и снять различные неприятные вегетативные ощущения, столь характерные для нервной анорексии.

Перечисленные психотерапевтические методы использовались в рамках комплексного лечения больных не только в стационаре, но и в дальнейшем — на этапе их реадaptации вне стационара.

У больных, находившихся в стационаре в среднем 2—3 мес, масса тела обычно увеличивалась на 10—11 кг, соматическое их состояние значительно улучшалось. Однако после выписки из больницы все они нуждались в поддерживающем медикаментозном лечении и психотерапии ввиду возможности повторного возникновения у них склонности к ограничению в еде.

Как уже указывалось, амбулаторное лечение осуществлялось при относительно благоприятных формах болезни. У большинства больных синдром нервной анорексии развивался в рамках пограничных состояний, остальные страдали шизофренией.

Амбулаторное лечение больных нервной анорексией проводилось по той же схеме (с небольшими вариациями), что и в стационаре. Но необходимости в проведении всех мероприятий в полном объеме на этапе неспецифического лечения не было. Наилучшие результаты получены от применения дробных доз френолона, аминазина и трифтазина в сочетании с психотерапией. При проведении последней большое внимание уделялось работе не только с больными, но и с их родителями, чтобы создать наиболее приемлемый «внутрисемейный климат» и правильный режим для больных. Период выздоровления в этих случаях был более продолжительным, чем при стационарном лечении, и во многом зависел от отношения близких к болезни и степени их участия в лечении.

Резюмируя, можно сказать, что синдром нервной анорексии в рамках шизофрении, особенно при наличии нелепого, вычурного «рвотного поведения», является резистентным ко всем видам терапии. Эти больные очень нуждаются не только в стационарном лечении, но и в тщательно продуманной поддерживающей терапии. При лечении больных нервной анорексией нешизофренической природы необходимо широко применять различные психотерапевтические методы (в комбинации с медикаментозным лечением), что возможно как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Среди больных этой группы лучший терапевтический эффект отмечается у больных с истерическими чертами характера, в то время как больные с психастеническими особенностями обнаруживают значительно меньшую курабельность.

Особое место в психокоррекционной работе с больными нервной анорексией независимо от ее нозологической принадлежности занимает семейная психотерапия. Почти все авторы работ, посвященных проблеме нервной анорексии, отмечают неблагополучную ситуацию в семьях этих больных (отсутствие должного контакта с родителями, особенно матерью, непонимание родителями состояния больного подростка, несложившиеся отношения между родителями). Именно это и вызывает необходимость самой активной семейной психотерапии, направленной на изменение межличностных отношений и имеющей своей целью устранение эмоциональных нарушений у членов

семьи [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1979].

Мы проводили психотерапию с близкими родственниками и в первую очередь с родителями больных нервной анорексией. Однако надо сказать, что такие мероприятия должны охватывать не только указанную категорию больных, но и всех страдающих дисморфоманическими расстройствами, учитывая опыт подобной работы с больными, страдающими различными психозами и пограничными расстройствами [Воловик В. М., 1972; Мягер В. К., Мишина Т. М., 1973, 1979].

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что больные нервной анорексией с выраженными вторичными соматоэндокринными нарушениями должны немедленно стационарироваться независимо от того, относится ли их заболевание к пограничным состояниям или к шизофрении.

Вопросы социально-трудовой реабилитации больных с дисморфоманией

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

В настоящее время биологическая терапия немыслима без теснейшей взаимосвязи ее с социально-реабилитационными мероприятиями [Мелехов Д. Е., 1963—1974; Кабанов М. М., 1965—1982; Саарма Ю. М., 1968; Красик Е. Д., 1968—1978; Зурабашвили А. Д., 1973, 1974; Ануфриев А. К., 1973; Ковалев В. В., 1973; Морозов Г. В., Шумаков В. М., 1974; Морозов Г. В., 1975; Розова М. С., 1977; Бобров А. С., 1977; Петрунок В. П., 1977].

Автор многочисленных исследований на эту тему, выдвинувший основные принципы реабилитации психически больных, М. М. Кабанов, рассматривает ее (реабилитацию) как динамическую систему мероприятий, обращенных к личности больного человека, направленных на предотвращение инвалидизации и восстановление личного и социального статуса этого человека.

Насколько нам известно, в отношении больных с дисморфоманическими расстройствами таких специальных работ не проводилось. Исключение составляют сведения, приводимые в диссертационных работах П. В. Морозова (1977), описавшего юношескую шизофрению с дисморфофобическими расстройствами, и С. Бланке (1979), изучавшего катамнез больных шизофренией с синдромом дисморфофобии.

По данным П. В. Морозова, требуется большая дифференциация при решении вопросов, связанных с дальнейшим обучением пациентов в учебных заведениях и индивидуального подхода в выборе ими профессии. Не следует также, по мнению автора, выносить окончательное решение до выхода больного из юношеского возраста, так как именно в этот период наступали стойкие состояния компенсации. Из наблюдавшихся автором 104 человек у значительной части (43,1 %) отмечалась хорошая социально-трудовая адаптация с сохранением прежнего профессионального уровня.

Исследования С. Бланке, проведенные в нашей клинике, также показали очень большую значимость социально-реабилитационных мероприятий: из 85 обследованных больных (с длительностью катмнеза от 5 до 34 лет) благодаря правильной тактике врачей стационара и диспансера 29 человек окончили школу, 20 — институт, успешно работает 61 человек, в том числе по специальности — 44 человека, 21 человек создали собственные семьи. Иными словами, как показал С. Бланке, при правильной организации лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении больных с дисморфоманическими расстройствами, несмотря на большую выраженность клинических симптомов, можно добиться хорошей социально-трудовой реадaptации.

Даже при частом стационарировании в первые годы болезни не следует спешить с переводом на инвалидность. Напротив, нужно настроить больных и их родственников (при отсутствии пессимистических прогностических признаков) на продолжение учебы или работы. В то же время, учитывая особенности клинической картины дисморфоманических расстройств, в частности, очень тягостное для больных пребывание в общественных местах, следует способствовать созданию для них щадящего режима (индивидуальное расписание занятий, свободное посещение лекций, выбор трудовой деятельности, не связанной с общением и т. д.).

Однако приведенные фактические данные — это лишь начало исследований по социально-трудовой реабилитации, крайне необходимые в отношении борных с дисморфоманическими расстройствами в силу целого ряда причин: молодой (пубертатный и юношеский) возраст этих пациентов, их длительная интеллектуальная сохранность, сравнительно медленное нарастание дефицитарной симптоматики.

Естественно, что исследования в этом направлении должны проводиться на основе общих принципиальных положений и в то же время с разработкой конкретных рекомендаций, учитывающих все особенности больных с

дисморфоманическими расстройствами.

Список литературы

Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте

Коркина М.В.

Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных.— М.: Медицина, 1981.—496 с.

Авруцкий Г. Я., Бовин Р. Я., Личко А. Е., Смулевич А. Б. Биологическая терапия психических заболеваний.— Л.: Медицина, 1975.—311 с.

Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация.— М.: Наука, 1976.— 272 с.

Асатиани Н. М. Отдаленный катамнез больных неврозом навязчивых состояний.— В кн.: Тезисы докл. 3-го Всеросс. съезда невропатологов и психиатров. М., 1974, т. 2, с. 15—17.

Бабаян Э. А. Актуальные вопросы применения медикаментозных средств лечения психических заболеваний.— В кн.: Психотропные средства в медицинской практике. М.: Медицина, 1971, с. 3.

Бабаян Э. А., Морозов Г. В., Морковкин В. М., Смулевич А. Б. Изобразительный язык больных шизофренией. Sandoz LTO. Basel, Switzerland, 1982.

Беленькая Н. Я. Некоторые данные о дисморфофобических расстройствах при шизофрении.— В кн.: Вторая объединенная конференция Института психиатрии, ЦОЛИУ врачей и врачей-психиатров Новгородской области. Валдай, 1972, с. 2.

Бехтерев В. М. О навязчивых ненормальных ощущениях и навязчивых обманах чувств.— Обзор психиатр., нейрол. и экспер. психол., 1899, № 2, с. 87.

Бехтерев В. М. О навязчивой улыбке.— Обзор психиатр., нейрол. и экспер. психол., 1899, № 6, с. 449.

Бехтерев В. М. Непереносимость или боязнь чужого взгляда.— Обзор психиатр., нейрол. и экспер. психол., 1900, № 7, с. 491.

Бехтерев В. М. Боязнь чужого взгляда.— Русский врач, 1905, № 3, с. 73.

Бехтерев В. М. О навязчивых кишечных и пузырьных кризах и о значении при них лечения внушением.— Обзор психиатр.,

нейрологии и экспер. психологии, 1907, № 1, с. 10.

Блейхер В. М. Расстройства мышления.— Киев: Здоровья, 1983.

Боброва И. Н. Опыт применения психофармакологических средств при комплексном лечении некоторых форм пограничных состояний. В кн.: Актуальные проблемы психофармакологии (материалы Третьего чехословацко-советского симпозиума). Под ред. академика АМН СССР Г. В. Морозова. М., 1980, с. 40—45.

Вагина Г. С. Синдром дисморфофобии в клинике шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1966, № 8, с. 1228.

Вагина Г. С. Синдром дисморфофобии в клинике шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, № 8, с. 1224.

Вагина Г. С. Особенности синдрома дисморфофобии в клинике шизофрении позднего возраста.— В кн.: Вопросы психиатрии и психотерапии. Тамбов, 1977, с. 81.

Вертоградова О. П. Возможные подходы к типологии депрессий.— В кн.: Депрессия (психопатология, патогенез)/Под ред. О. П. Вертоградовой. М., 1980, с. 9.

Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения).— М.: Медицина, 1971.— 128 с.

Вроно М. Ш. О возрастном видоизменении шизофрении у детей и подростков.— В кн.: Сравнительно-возрастные аспекты нервных и психических заболеваний. Свердловск, 1982, с. 13.

Ганнушкин П. Б. Избранные труды.— М.: Медицина, 1964.— 292 с.

Гиляровский В. А. Основные моменты во взаимоотношениях соматического и психического в клинике соматогений.— В кн.: Труды 3-го Всесоюзн. съезда невропатол. и психиатр. М., 1950, с. 240.

Гиляровский В. А. Речь и мышление больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1957, № 11, с. 1348.

Гурьева В. А. Некоторые материалы к изучению генеза и динамики становления психопатий в подростковом и юношеском возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1971, № 1, с. 1533.

Досужков Ф. Н. К вопросу о дисморфофобии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1962, № 1, с. 132.

Досужков Ф. Н. Невроз болезненной застенчивости

(скоптофобия).— Журн. невропатол. и психиатр., 1963, № 1, с. 130.

Дробышев Л. Н. О синдроме дисморфофобии в психиатрической клинике.— В кн.: Вопросы клиники, патогенеза, лечения шизофрении и эпилепсии.— М.: Медицина, 1966, с. 18.

Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии.— М.: Медицина, 1977.— 168 с.

Жислин С. Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психоза.— М., 1956.— 224 с.

Ильинский Ю. А. Особенности психопатологических расстройств шизофрении, осложненной психогенными реакциями.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, № 12, с. 1719.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных.— Л.: Медицина, 1978.—232 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1980.—448 с.

Карпов П. И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки.— М.— Л., Госиздат, 1926.— 199 с.

Кербиков О. В. Избранные труды.— М.: Медицина, 1971.— 312 с.

Ковалев В. В. О психогенных патологических формированиях (развитиях) личности у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1969, № 10, с. 1543—1549.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: Медицина, 1979.— 607 с.

Коркина М. В. О клиническом значении синдрома дисморфофобии. Сообщение I. О феноменологической принадлежности синдрома дисморфофобии.— Журн. невропатол. и психиатр., 1959, № 8, с. 994.

Коркина М. В. О клиническом значении синдрома дисморфофобии. Сообщение II. Об одном из вариантов начальной стадии шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1961, № 1, с. 109.

Коркина М. В. К вопросу о нервной анорексии (об одной из причин вторичной анорексии).— Журн. невропатол. и психиатр., 1963, № 1, с. 124.

Коркина М. В. Синдром дисморфофобии в клинике пограничной психиатрии.— В кн.: Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Пограничные состояния. М., 1965, т. 5, с. 147.

Коркина М. В. Синдром дисморфомании (дисморфофобии) и психопатизация личности.— Журн. невропатол. и психиатр., 1965, № 8, с. 1212.

Об одной из разновидностей патологии (синдром дисморфофобии — дисморфомании) и о связи ее с нервной анорексией.— В кн.: Wissenschaftlich Zeitschrift der Universitat Rostock. 17 Jahrgag, 1968, S. 573—575.

Коркина М. В. Синдром дисморфомании в клинике неблагоприятно текущей (ядерной) шизофрении.— В кн.: Материалы 2-й научн. конф. мед. фак-та УДН им. П. Лумумбы. М., 1969, с. 97.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Карева М. А. Значение некоторых клинических синдромов как естественных моделей для изучения возрастного фактора в клинике и течении психических заболеваний.— В кн.: Материалы 5-го Всесоюзн. съезда невропатол. и псих. М., 1969, т. 2, с. 295.

Коркина М. В. (Korkina M. V.) The syndrome of derealisation in adolescence.— In: Modern perspectives in adolescent psychiatry/Ed. J. G. Howells. Edinburgh, 1971.—329 S.

Коркина М. В., Карева М. А., Бланка С. Динамика синдрома дисморфофобии— дисморфомании при параноидной шизофрении (клинико-психологическое исследование).— В кн.: Новые данные о патогенезе, клинике и лечении нервных и психических заболеваний. Кишинев: Картя Молдавеняскэ, 1977, с. 137.

Коркина М. В., Морозов П. В. Дисморфофобические расстройства (обзор литературы).— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, № 1, с. 92.

Королев В. В. Вопросы клиники и систематики паранойяльных реакций и развития. Тезисы III Всеросс. съезда невропатол. и псих. М., 1974, т. 2, с. 81—83.

Корсаков С. С. Курс психиатрии. М., 1901, т. 1, с. 2.

Красик Е. Д. Некоторые итоги и перспективы развития реабилитационных направлений психиатрии.— В кн.: Вопросы реабилитации больных нервнопсихическими заболеваниями.

Томск, 1975, с. 5.

Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития.— М.: Медицина, 1970.—222 с.

Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К- Учебное пособие по медицинской психологии.— М.: Медицина, 1976.— 320 с.

Лебединская К- С., Немировская С. В. Клинические варианты дисморфофобического синдрома при шизофрении у подростков. — В кн.: Актуальные проблемы психологии детского возраста. М.: Медицина, 1973, с. 83.

Лебединская К- С., Ротинян Н. С., Немировская С. В. Роль фактора ускоренного полового созревания в клинике психозов детей.— Журн. невропатол. и психиатр., 1970, № 10, с. 1517.

Личко А. Е. Новое в инсулиншоковом лечении психозов.— Л.: Медицина, 1970.— 118 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977.—208 с.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: Медицина, 1979.— 335 с.

Мазаева Н. А. О клинических особенностях начальных проявлений малопрогредиентной шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1981, № 5, с. 709.

Матвеев В. Ф., Попилина С. В. Психические нарушения у больных с врожденными косметическими дефектами лица.— Журн- невропатол. и психиатр., 1973, № 5, с. 725.

Матвеев В. Ф., Курашов А. С., Барденштейн Л. М. К вопросу о клинических особенностях шизофрении в подростковом возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, № 10, с. 1403.

Меграбян А. А. Деперсонализация.— Ереван: Армгосиздат, 1962. — 355 с.

Морозов Г. В. О дифференциальной диагностике шизофрении и реактивных состояний.— Вести. АМН СССР, 1971, № 5, с. 23.

Морозов Г. В. Принципы социально-трудовой реабилитации психически больных.— В кн.: Сборник трудов XIX—XX, посвященный 70-летию со дня рождения акад. А. Д. Зурабашвили. Тбилиси, 1974, с. 74.

Морозов Г. В., Руденко Г. М. Особенности клинических эффектов

пиразидола в сравнении с другими антидепрессантами.— В кн.: Антидепрессанты и ноотропы/Под ред. О. А. Балунова, Ю. Л. Нуллера, Г. М. Руденко и др. Л., 1982, с. 29.

Морозов В. М. К вопросу о сверхценных идеях.— Тр. псих. клин. 1 ММИ, 1934, т. 4, с. 338.

Морозов В. М., Наджаров Р. А. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении.— Ж. невропатол. и психиатр., 1956, № 12, с. 934.

Морозов П. В. О прогнозе юношеской шизофрении с дисморфофобическими расстройствами (по данным катамнеза).— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, № 9, с. 1358.

Морозов П. В. О клинической типологии дисморфофобических состояний при юношеской шизофрении.—Журн. невропатол. и психиатр., 1977, № 1, с. 114.

Наджаров Р. А. Клиника шизофрении в возрастном аспекте.— В кн.: Клинико-биологические исследования шизофрении (материалы симпозиума). Тбилиси, 1970, с. 21.

Наджаров Р. А. Формы течения.— В кн.: Шизофрения (мультидисциплинарное исследование)/Под ред. А. В. Снежневского. М., 1972, с. 16.

Немировская С. В. Клинические особенности дисморфофобического синдрома у подростков с органическими нарушениями головного мозга.— В кн.: Первая Всесоюзн. конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. М., 1971, с. 208.

Николаев Ю. С. О своеобразном бредовом синдроме физического недостатка.— Тр. психиатр, клиники I Мед. ин-та, 1949, № 9, с. 150—160.

Новлянская К- А. Об одной из форм затяжных патологических реакций в пубертатном возрасте у подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1958, № 7, с. 861.

Новлянская К- А. Об одной из форм затяжных патологических реакций в пубертатном возрасте (синдром дисморфофобии).—• Журн. невропатол. и психиатр., 1960, № 7, с. 891.

Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация.— Л.: Медицина, 1981.— 207 с.

Озерецковский Д. С. К учению о навязчивых галлюцинациях.—

Тр. псих. клин. I ММИ, 1927, вып. 2, с. 267.

Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния.—М.: Медгиз, 1950. — 168 с.

Осипов Н. Е. Мысли и сомнения по поводу случая «дегенеративной психопатии».— Психотерапия, 1912, № 4—5, с. 189.

Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях.— Берлин, Гос. изд. РСФСР, 1923.—738 с.

Осипов В. П. Руководство по психиатрии.— М.—Л.: Гос. изд., 1931.— 596 с.

Останков П. А. Симптом зеркала при dementia praecox.— Сов. психоневрол., 1934, № 6, с. 123.

Печерникова Т. П. Паранойяльные состояния в динамике психопатий.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, № 11, с. 1578—1582.

Реабилитация больных психозами. Под общей ред. М. М. Кабанова, Ленинград, 1981.

Рожнов В. Е., Драбкин Б. З. Особенности психотерапии детей и подростков: Руководство по психиатрии/Под ред. В. Е. Рожнова. — М.: Медицина, 1974,—259 с.

Руководство по психотерапии/Под ред. проф. В. Е. Рожнова. Изд-во «Медицина Уз. ССР». Ташкент, 1979.

Руководство по психиатрии/Под ред. А. В. Снежневского.— М.: Медицина, 1983, т. 1, 2.

Русев К. Реактивное состояние у подростков с челюстно-лицевыми аномалиями и воспитание этих подростков. — — Журн. невропатол. и психиатр., 1966, № 7, с. 1080.

Саарма Ю. М., Саарма М. М., Михелане Л. С. Опыт дифференцированной психофармакотерапии больных невротической депрессией.— В кн.: Материалы IV советско-финляндского симпозиума по проблеме депрессий. Под ред. академика АМН СССР Г. В. Морозова. М., 1983.

Сербский В. П. Психиатрия.—М., 1912, с. 39.

Смулевич А. Б. О самостоятельности малопрогредиентной формы шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1980, № 8,

с. 1171.

Смулевич А. Б., Щирин М. Г. Проблема паранойи.— М.: Медицина, 1972.—183 с.

Снежневский А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов.— Журн. невропатол. и психиатр., 1960, № 1, с. 91.

Снежневский А. В. Nosos et Pathos schizophrénie.— В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование/Под ред. А. В. Снежневского.— М.: Медицина, 1972, с. 5.

Снежневский А. В. О нозологии психических расстройств.— Журн. невропатол. и психиатр., 1975, № 1, с. 138.

Сосюкало О. Д., Кашникова А. А. О патоморфозе шизофрении у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, № 10, с. 1539.

Сосюкало О. Д., Большакова А. Г., Кашникова А. А. О влиянии фактора акселерации на формирование клинической шизофрении у детей и подростков.— Журн. невропатол. и психиатр., 1978, № 10, с. 1523.

Суханов С. А. О галлюцинаторных навязчивых представлениях и о навязчивых галлюцинациях.— Русский врач, 1904, № 45, с. 1503.

Суханов С. А. Боязнь чужого взгляда.— Практ. врач, 1905, т. 4, № 23, с. 453, 478.

Суханов С. А. Душевные болезни.— СПб., 1914,— 345 с.

Сухарева Г. Е. Клиника шизофрении у детей и подростков.— Харьков: Гос. мед. изд. УССР, 1937, ч. 1.—106 с.

Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста.— М.: Медицина, 1974.—320 с.

Толстой Л. Н. Собрание сочинений.— М., 1960, т. 1.

Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства.— М.: Медицина, 1978.—400 с.

Хвиливицкий Т. Я. Некоторые механизмы преобразования психопатологических синдромов и реабилитация психически больных.— В кн.: Восстановительная терапия психически больных. Л., 1977, с. 19.

Хохлов Л. К. О патоморфозе психических заболеваний.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, № 1, с. 67.

Цивилько М. А. К клинике неврозоподобного дебюта шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1967, № 9, с. 1396.

Шмаонова Л. М. Клиника вялотекущей шизофрении по данным ка-тамнеза.— Журн. невропатол. и психиатр., 1966, № 8, с. 12—14.

Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Вроно М. Ш. Опыт эпидемиологического изучения детской шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1980, № 10, с. 1514—1520.

Шостакович Б. В., Гульдман В. В. К вопросу о критических способностях при психопатиях.— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, № 11, с. 1678.

Шубина Н. К., Боброва И. Н. О некоторых клинических основах дифференцированного подхода к адаптации психопатических личностей.— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, № 11, с. 1699.

Яковенко В. И. Индуцированное помешательство (Folie a deux) как один из видов патологического подражания.— СПб., 1887.— 123 с.

Abely P. Le signe du moroir dans lex psychoses et plus sp

Alby J. M., Mallat C. F., Morel Fatio D. De quelques aspects du syndrome dysmorphophobique perticuli

Allies S., Robion M. Aspects psychopathologiques de la d

Andreasen N. C., Bardach J. Dysmorphophobia: Symptom or disease.
—

T. Amer. J. Psychiat., 1977, vol. 134, № 6, p. 673-675. Barentiani F. Reflexions sur quelques cas de d

psychiatrie.—Evolut. psychiatrique, 1965, vol. 30, № 7, p. 11—25.

Bishop E. K. Monosymptomatic hypochondriasis.— Psychosomatics,

1980, vol. 21, № 9, p. 731—747. Blocher T. G. Psychiatrie aspect of plastic surgery.— Amer. J. Surg.,

1956, vol. 92, № 1, p. 103—106. Bourgeois M. Lautodysosmophobie et le syndrome ou d

de relation (a propos de 7 observations).— Ann. m

vol. 2, № 3, p. 353—375 < Bourgeois M., Paty J. Lautodysosmophobie et la psychopathologie de

lolfaction (a propos de 7 observations).— Bordeaux M

vol. 5, № 17, p. 2269—2286. Braddock L. E. Dysmorphophobia in adolescence: A case report.—

Brit. J. Psychiatr., 1982, 140, February, p. 199—201. Buvat J., Buvat-Herbaut M. Dysperception de l'image corporelle et

dysmorphophobies dans l'anorexie mentale. A propos de 115 cas

des deux sexes.— I. Lalt

l'anorexie mentale.—Ann. m

p. 547—561. Buvat J., Buvat-Herbaut M. Dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobies dans l'anorexie mentale. A propos de 115 cas des deux

sexes. II. Les dysmorphophobies dans l'anorexie mentale.— Ann. med. — psychol., 1978, vol. 136, № 4, p. 563—580. Buvat J., Buvat-Herbaut M. Dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobies dans l'anorexie mentale. A propos de 115 cas des

deux sexes. III. D

d'une nouvelle d

vol. 136, № 4, p. 581—592. Callieri B., F

clinico.—Clin. Psychiatr., 1966, vol. 2, № 2, p. 19—29. Castro L., Finger J., Tomkiewicz St. La dysmorphophobie chez la

jeune

1973—1974, vol. 27, № 1—4, p. 117—127. Corbella T., Rossi L. La dysmorphophobie. Aspecta cliniques et nosographiques.— Acta Neurol. et psych. Belgica, 1967, vol. 67, № 9,

p. 691—700.

Dallcmagne J. D

Nervenkr., 1962, Bd 203, H. 5, S. 511—518.

Dosuzkov B. Psychoneurosy chroby socialnich vztahu.— Praha,

1946. Dosuzkov B. Skoptophobia.—Cs. Psychiat., 1962, vol. 58, № 2, p. 102—

107. Dosuzkova V., Dosuzkov B. Príspevek ke studiu bludu v dysmorfofobii.—Cas. L

1956, vol. 3, p. 545—583. Finkelstein Ben A. Dysmorphophobia.—Dis. Nerv. Syst., 1963, vol. 24,

№ 6, p. 365—370. Fournier F. Contribution a l

de M

dysmorphophobia.— In: New dimensions in psychiatry (A World

View). New York, 1975, p. 397—407. Habeck D. Beitrag zur Geruchshalluzinose mit Beziehungswahn.—

Arch. Psychiat. Nervenkr., 1965, Bd 207, H. 3, S. 196—205. Hanau R. A propos de probl

Hartenberg P. La phobie du regard.— Arch. NeuroL, 1904, vol. 18, № 105, p. 202—209.

Hay G. G. Dysmorphophobia.—Brit. J. Psychiat., 1970, vol. 116, M 533, p. 399—406.

Janet P. Lew n

Knooss H. The mirror sign. A rather neglected symptom in certain mental discuses.—Acta psychiat. Scand., 1937, vol. 12, № 2, p. 155—171.

Kohtmeyer K. Dysmorphophobie als unspezifische klinisches Syndrom.— Med. Welt., 1964, Bd 3, S. 137.

Koupernik C. La psychose de laideur ou Dysmorphophobie.— In: Liens de Bichat-Medecine, 1962, p. 321—326.

Kraepelin E. Psychiatrie.—Leipzig, 1915, Bd 4, H. 3, S. 1861.

Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswahn.— Berlin, 1927, 201 S.

Lamperiere Th. Les Dysmorphophobies.— In: VI Congres Mondial de psychiatr., 1977, № 361, p. 70.

L

Liberman P. A propos des dysmorphophobies de l'adolescent.— Rev.

Neuropsychiat. inf., 1974, vol. 22 (10—11), p. 659—699.

Masters F. W., Greaves D. C. The Quasimodo complex.— Brit. J. Plast. Surg., 1967, vol 20, № 2, p 204—210.

Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. Clinical psychiatry. London, 1960.

Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla talefobia.— Boll. Acad. mod. (Geneve), 1886, vol. 6, p. 110—119: mix. no Kaan, 1892.

Morselli E. Manuale de semeotica d

Morselli H. Sulla dismorfofobia etc.— Riv. Acad. di Geneva, 1891, UHT. no J. Dallemagne. D

Noto-Campanella P., Zuccoli E. In tema di dismorfofobia.— Neuropsy-chiatria, 1968, vol. 24, p. 475—486.

Parnitzke K. H., Regel H. Marginalien zur Genese und Struktur einer monstr

P

Roubicek J. Psychopatologie kosmetických, zvlaste oblocejovych. vad.— Cs. psychiat., 1959, vol. 55, № 5, p. 312—319.

Schlachter M. N

Schneider K. Prim

Psicol., Neurol., 1965, vol. 45, № 4—5, p. 344—357. Selvini M. Contribution a la psychopatologie du v

Strnad M., Widermannova L. Prispevek k psychiatricke problematice patickeno presvedceni o inkontinenci strevnich peyni.— Cs. Psychiat, 1965, vol. 61, p. 113—117.

Statte H. K

Szydlik H., Hrynkiewicz L. Dysmorfofobie. Neurol., Neurochir., 1964, vol. 4, p. 563—567.

Tabarka K-, Tich

Tomkiewicz S. La dysmorphophobie chez ladoléscent.— Acta paedopsy-chiat, 1966, vol. 33, № 6—7, p. 229—230.

Tomkiewicz S., Finder J. La dysmorphophobie chez ladoléscent

caract

Tomkiewicz S., Finder J. La dysmorphophobie chez l'adolescent
caract

Tyszka E, Mechanizmy wotywacyona dazen do operacji estetycznych
u os

Tyszkiewicz M. Tematyka i forma malarstwa i rysunku chorych na
schizofrenie.— Psychiat. poi., 1980, vol. 14, p. 595—603.

Vallat J. P., Leger J. M., Destruhaut J., Garoux R. Dysmorphophobie:
syndrome ou sympt

Videbech Th. Chronic olfactory paranoid syndromes. A contribution
to the psychopathology of the sense of smell.— Acta psychiat.
scand., 1966, vol. 42, p. 183—243.

Vitello A. Schizofrenie e dismorfofobie.— Ospedale Psychiat, 1970,
vol. 38, № 83, p. 57—72.

Walter K. Ober mitweltabh